UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945. — N° 93

CONSIDÉRATIONS STATISTIQUES SUR LA LARYNGECTOMIE TOTALE EN TROIS TEMPS SUIVANT LE PROCÉDÉ DE PORTMANN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Avril 1945

PAR

Gérard-Marie-Roger MOUSSET

Ancien externe des Hôpitaux

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 4 Juin 1918

Examinateurs de la Thèse

MM. BEAUVIEUX, professeur ..... *Président.*

LOUBAT, professeur ..... *Juges.*

DUFOUR, agrégé ..... *Juges.*

DESPONS, agrégé ..... *Juges.*

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1945

MOUSSET (Gérard-Marie-Roger)

Considérations statistiques sur la laryngectomie totale en trois temps suivant le procédé de Portmann. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 74 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 93.*)

MOUSSET (Gérard-Marie-Roger)

Considérations statistiques sur la laryngectomie totale en trois temps suivant le procédé de Portmann. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 74 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 93.*)

MOUSSET (Gérard-Marie-Roger)

Considérations statistiques sur la laryngectomie totale en trois temps suivant le procédé de Portmann. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 74 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 93.*)

MOUSSET (Gérard-Marie-Roger)

Considérations statistiques sur la laryngectomie totale en trois temps suivant le procédé de Portmann. — Bordeaux, Delmas, 1945. In-8°, 74 p., pl.

(*Thèse Médec. Bordeaux. 1944-1945. N° 93.*)

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1944-1945. — N° 93

CONSIDÉRATIONS STATISTIQUES SUR LA LARYNGECTOMIE TOTALE EN TROIS TEMPS SUIVANT LE PROCÉDÉ DE PORTMANN

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 27 Avril 1945

PAR

Gérard-Marie-Roger MOUSSET

Ancien externe des Hôpitaux

Né à PAU (Basses-Pyrénées), le 4 Juin 1918

Examinateurs de la Thèse

MM. BEAUVIEUX, professeur ..... *Président.*

LOUBAT, professeur .....

DUFOUR, agrégé ..... *Juges.*

DESPONS, agrégé .....

BORDEAUX

IMPRIMERIE LIBRAIRIE DELMAS

6, Place Saint-Christoly, 6

1945

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYEN : M. DUPÉRIÉ.

ASSESSEUR : M. LABAT.

PROFESSEURS HONORAIRES :

M. DENIGÈS, BEILLE, DUPOUY, A. MANDOUL, PETGES, GUYOT
ABADIE, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale	N.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS
id.	DUPÉRIÉ.	Médecine expérimentale	N.
Clinique chirurg. et gynécol.	JEANNENEY.	Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale	PAPIN.	Clinique chirurg. inf. et orthop.	LOUBAT.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.	Clin. des maladies infectieuses	DAMADE.
Anatomie pathol. et microsc. clin.	DE GRAILLY.	Chimie biologique et médicale	MACHEBOEUF.
Anatomie	VILLEMIN.	Physique méd. et pharmaceutique.	N.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUIL.	Méd. col. et clin. mal. exotiques.	BONNIN.
Hygiène	LEURET.	Clin. malad. cutanées et syphilit.	JOULIA.
Médecine légale et déontologie	DERVILLÉE.	Clin. des mal. des voies urinaires.	DARGET.
Electroradiol. et clin. d'él. médic.	RÉCHOU.	Clin. mal. nerveuses et mentales.	DELMAS-MARSALET.
Chimie	CHELLE.	Clin. d'oto-rhino-laryngologie	N.
Botanique et matière médicale	GOLSE.	Tox cologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Pharmacie	VITTE	Hydrologie thérap. et climatol.	CREYX.
Physiologie	FABRE.	Clinique odonto-stomatologique.	DUBECQ.
Clin. méd. des mal. des enfants.	FONTAN.		

PÉRY (Obstétrique). PERRENS (Maladies mentales). CHARRIER (Chirurgie générale).
FAUGÈRE (Obstétrique).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUFOUR.	Chirurgie générale	POUYANNE.
Physiologie	FRANCK.	Obstétrique	N.
Médecine générale	PIÉCHAUD.	id.	MAHON.
id.	N.	Ophtalmologie	N.
id.	N.	Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
id.	BROUSTET.	Dermatologie et syphiligraphie	N...
id.	N.	Physique médicale	N...
id.	SARIC.	Chimie gén. pharm. et toxicol.	CASTAGNOU.
id.	DUBARRY.	Histoire natur. pharmaceutique	GIRARD.
Chirurgie générale	N.	Pharmacie	MESNARD.
id.	MASSÉ.	id.	N.
id.	N.	Histoire natur. méd. et parasitol.	R. MANDOUL.
id.	MAGENDIE.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire	MASSÉ.	Chimie minérale	CASTAGNOU.
Accouchements	MAHON.	Botanique	GIRARD.
Puériculture	FAUGÈRE.	Cryptogamie	GIRARD.
Zoologie et parasitologie	R. MANDOUL.	Pharmacie galénique	MESNARD.
Urologie	N...	Bactériologie	MOUREAU.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.	Physiologie	Mlle ROUGIER.
Ophtalmologie	N.	Chimie biologique	TAYEAU
Anatomie	J. BEAUVIEUX	Parasitologie et biologie appliqu.	PAUTRIZEL.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

MORT POUR LA FRANCE

La vie est une rude leçon pour un médecin. Vous m'en avez appris la plus déchirante, mais aussi la plus belle page, puisque vous m'avez montré le sourire qu'il faut garder pour l'au-delà.

A MA MERE

« Cette petite fille ESPERANCE... »
PÉGUY avait raison de la nommer la plus belle des vertus. Que ce travail soit une grande porte pour ton espérance, une porte où est écrite mon immense tendresse.

A MA FEMME

Tu es ma joie, tu as mes peines.
Ce travail est l'attente de longues années, rudes et pénibles. Il est l'espoir du bonheur que je veux pour toi.

A LA MEMOIRE DE MA GRAND-MERE MATERNELLE

Dont l'affection a bercé mes rêves d'enfant.

A MA GRAND-MERE PATERNELLE

En arrivant au but, je mesure toute la somme de tendresse et de dévouement que j'ai trouvée auprès de toi.

A MA GRAND-MERE LACAZE

Vous m'avez adopté parmi vos petits-enfants avec une bonté que je n'oublierai jamais.

A MA BELLE-MERE

Votre rôle était le plus difficile, mais votre dévouement et votre affection nous ont permis de dépasser les liens conventionnels et de créer des attaches impérissables.

A MON BEAU-PERE

Nous sommes deux cheminements et pourtant nos tendances sont tellement proches que vous m'avez voulu pour ami, comme si vous m'aviez choisi.

A MA SOEUR

Je te souhaite tout le bonheur que me dicte l'affection que je te porte.

A MON ONCLE ET MA TANTE S. GARRIGUE

Par votre aide morale et votre délicatesse, vous me permettez d'envisager avec confiance ma carrière médicale.

Trouvez ici l'expression de mon affectueuse reconnaissance.

A M. ET R. GARRIGUE

Nous avons trouvé dans votre amitié ce refuge inoubliable qu'est un second foyer.

A MES COUSINS JANINE, JEAN, MARCEL ET JACQUES

Que j'unis dans les mêmes liens d'affection.

A MON COUSIN

LE MÉDECIN CAPITAINE P. DESORTHES

A MADEMOISELLE A. COSTEDOAT

Qui m'a ouvert le royaume littéraire.

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES AMIS

A TOUS LES HUMBLES QUI M'ONT AIDE

A Monsieur le Docteur MATHEY-CORNAT

Electro-radiologiste des Hôpitaux de Bordeaux.

En remerciement pour les avis éclairés
qu'il m'a si obligeamment prodigués.

Aux Docteurs BERGER et BARRAUD

Oto-rhino-laringologiste des Hôpitaux.

Aux Docteurs MOURE, DAURE et PRAT-ROUSSEAU

Qui m'ont conseillé et aidé.

A MES MAITRES DES HOPITAUX ET DE LA FACULTE

A Monsieur le Professeur agrégé DUFOUR

Chef des travaux anatomiques,
Chirurgien des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre.

Vous nous avez donné le goût des gestes chirurgicaux. En acceptant de faire partie du jury de notre thèse, vous couronnez le souvenir des heures passées au Laboratoire d'anatomie.

Veuillez trouver ici l'hommage de notre reconnaissance.

A Monsieur le Professeur E. LOUBAT

Professeur de Clinique chirurgicale infantile et Orthopédie,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre associé national de l'Académie de Chirurgie,
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.

Puisse-t-il trouver ici l'expression de notre respectueuse reconnaissance.

A Monsieur le Professeur agrégé DESPONS

Oto-rhino-laryngologiste des Hôpitaux,
Médaille militaire,
Croix de guerre,
Officier d'Académie.

Mon cher Maître,

Nous avons acquis à votre contact des connaissances solides qui nous guideront dans notre profession de guérir les autres. Mais la sympathie que nous avons toujours trouvée en vous nous a personnellement porté un bien plus précieux : le calme et la confiance qui vont guider notre stabilité d'homme.

A Monsieur le Docteur Georges PORTMANN

Médecin principal de la Marine (C. R.),
Membre de l'Académie royale de Médecine de Belgique,
Commandeur de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique,
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Chevalier de l'Ordre de Charles III (Espagne).

Mon cher Maître,

Nous aurions voulu que notre thèse soit un hommage digne de l'admiration et de la gratitude que nous vous portons. Elle n'en est, hélas ! qu'un faible reflet, mais par son sujet, qui est vôtre, elle rejoint la grandeur d'un enseignement hautement estimé.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur BEAUVIEUX

Professeur de Clinique ophtalmologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Ophtalmologiste des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.

Qui nous a fait l'honneur de présider cette thèse.

En témoignage de notre profonde et respectueuse reconnaissance.

CONSIDÉRATIONS STATISTIQUES

SUR LA

LARYNGECTOMIE TOTALE

EN TROIS TEMPS

SUIVANT LE PROCÉDÉ DE PORTMANN

INTRODUCTION

Le traitement du cancer laryngé est un sujet à l'ordre du jour. Les publications traitant de la méthode à employer ou proposant des classifications sont relativement importantes et le nombre des techniques proposées, jointes aux résultats encore imparfaits, nous montrent que cette question n'est pas encore classée dans les chapitres nettement clarifiés de la laryngologie. Sur ce terrain, en effet, les chirurgiens et les radiothérapeutes essaient de donner le maximum d'amélioration à leurs procédés afin d'augmenter le nombre des guérisons.

Nous avons étudié la spécialité dans le service de M. le Professeur Portmann, qui, de tout temps, a été le défenseur des méthodes chirurgicales et, en particulier, de la *laryngectomie totale*. Il nous a paru intéressant d'étudier, sur le plan de la statistique, les résultats obtenus par la chirurgie et de

les confronter avec ceux qui ont été publiés par les auteurs considérés comme les plus compétents en matière de traitement par les radiations. Cette étude nous apparaît d'autant plus utile que le dernier travail concernant les statistiques des *laryngectomies totales* date de 1938, année où parut la thèse du Docteur Laclau-Lacrouts (Bordeaux, 1938). Elle comprenait l'analyse de 24 *laryngectomies totales* suivant la technique nouvelle que M. le professeur Portmann a mise au point depuis 1935, et qu'il a dénommée « *procédé en trois temps de sécurité* ».

Nous avons actuellement un champ de dix années à prospecter — ce qui donne un recul suffisant pour nous faire une idée exacte de la valeur de la nouvelle méthode. Par ailleurs, contrairement aux centres de radiothérapie, aucune statistique globale n'a été donnée au cours de ces dernières années par les chirurgiens. Sans doute, les diverses écoles ont publié leurs résultats favorables de *laryngectomie totale*, sans aucun doute aussi, la voix des laryngectomisés a fait l'objet d'études nombreuses, de même que différents détails de technique, mais, en face des pourcentages de guérisons obtenues par les radiations, nous ne possédons pas d'étude détaillée du traitement chirurgical comprenant le nombre des réussites opératoires, quant aux complications relatives à l'intervention et quant à la curabilité par le bistouri du néoplasme laryngé.

Ce sont ces raisons qui nous ont poussé à faire de ce travail le sujet de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

METHODES DE THERAPEUTIQUE DU CANCER DU LARYNX

Les tumeurs malignes observées au niveau du larynx sont cataloguées, suivant leur origine histologique, soit en sarcomes, c'est-à-dire développées aux dépens de tissus conjonctifs, soit en épithéliomas, c'est-à-dire développées aux dépens de tissus épithéliaux. Dans un travail sur la forme histologique du cancer du larynx, M. le Professeur Portmann et le Docteur J.-P. Moure ont étudié, en 1942, 296 cas observés à la Clinique d'oto-rhino-laryngologie de Bordeaux. Ils n'ont pas trouvé un seul sarcome, et concluent que, contrairement au pourcentage classique, allant jusqu'à 4 p. 100, les tumeurs conjonctives n'entrent même pas pour 1 p. 100 dans les tumeurs malignes laryngées. Rappelons d'ailleurs que, depuis le travail de I. Franck et M. Ley, paru en 1940, et reprenant l'étude microscopique de 5 cas de carcino-sarcomes du larynx qu'ils ont fait rentrer dans le cadre des épithéliomas atypiques, on doit considérer cette sorte de tumeur comme exceptionnelle. Nous reviendrons à la fin de notre sujet sur quelques considérations histologiques, mais nous avons voulu préciser dès le début que nous entendions par cancer du larynx l'*épithélioma*.

Contre ces tumeurs malignes, quelles sont les méthodes thérapeutiques à envisager ?

Il en est de ce néoplasme comme de toutes les formations cancéreuses de l'organisme. Nous ignorons encore leur traitement spécifique malgré les multiples études histologiques, chimiques ou physiques entreprises dans le but de percer leur mystère étiologique et pathogénique. Devant l'envahisse-

ment d'un organe, nous sommes incapables d'arrêter médicalement le processus, à plus forte raison de le faire régresser ou de l'empêcher de débuter. Faute de mieux, seule la destruction de la néoformation nous permet de lutter contre elle. Actuellement, en laryngologie comme sur les autres territoires, deux méthodes sont en présence : la chirurgie d'une part, les radiations « *curiethérapie* » ou « *rœntgenthérapie* » d'autre part.

CHAPITRE II

METHODES CHIRURGICALES

Les anatomies macroscopique et microscopique du larynx militent en faveur d'une exérèse de l'organe par le bistouri et font de la laryngectomie totale, en particulier, l'intervention idéale à pratiquer. L'endolarynx peut être considéré en effet comme un sablier dont la portion rétrécie serait la glotte (*cordes vocales*), la poche supérieure étant constituée par la région sus-glottique, la poche inférieure par la région sous-glottique.

Il semble, d'après les constatations cliniques, que le cancer augmente sa gravité en partant de la portion rétrécie jusqu'aux parties dilatées. Nous avons maintes fois eu l'occasion de l'entendre dire dans l'enseignement de notre maître. Plusieurs explications rendent compte de cette particularité.

Tout d'abord, la boîte laryngée, protégée par une barrière cartilagineuse (cartilage thyroïde; cartilage cricoïde, aryténoïde, et cartilages accessoires), est ouverte, en haut vers le pharynx, et en bas vers la trachée; elle donne ainsi plus de possibilités de développement aux néoformations développées à son pôle supérieur et à son pôle inférieur, et ce développement se fait vers des régions mal abritées, contrairement à la portion laryngée proprement dite, qui enserre d'une ceinture cartilagineuse les tissus endolaryngés parce que le cartilage ne se laisse pas ou se laisse très mal et tardivement envahir, mais cela ne constitue pas l'élément essentiel. La corde vocale est un organe à prédominance fibreuse. Sa résistance à la pénétration est plus grande que celle des formations voisines; le cancer à son niveau est de ce fait un excellent cancer dont la marche est très ralentie; il nous

donne l'avantage d'arriver au bon moment et de l'extirper plus efficacement que sur les autres territoires. Le terrain sur lequel se développe l'épithélioma est à considérer, indépendamment de la nature de la tumeur; nous n'en voulons pour preuve que la malignité relativement moindre des cancers des vieillards (du cancroïde, en particulier, histologiquement très malin, cliniquement bénin). Au niveau des régions sus et sous-glottiques, il n'y a plus cet élément fibreux, et la néoformation s'étend aisément à travers des tissus cellulo-musculaires. Contrairement à la région glottique, l'envahissement est plus rapide et surtout *plus étendu*. Donc, protection par les cartilages pour le cancer laryngé en général, et par le tissu fibreux pour la localisation glottique.

A côté de cette considération histologique, une autre explication doit être donnée : la question du cancer, tant dans notre spécialité que dans d'autres portions de l'organisme, est liée intimement à celle des territoires lymphatiques. L'anatomie, confirmée par la clinique, nous apprend qu'il existe deux réseaux lymphatiques laryngés (sus et sous-glottiques). Le réseau sus-glottique, dont les troncs collecteurs, après avoir perforé la membrane thyroïdienne, se jettent dans les ganglions les plus élevés de la chaîne jugulaire interne, est le plus riche des deux. Le réseau sous-glottique (moins développé) se collecte d'une part dans les ganglions prélaryngés, prétrachéaux et dans les ganglions inférieurs de la chaîne jugulaire, d'autre part dans la chaîne récurrentielle.

Entre ces deux réseaux, la région glottique est presque privée de lymphatiques : ceci est un élément capital, il nous dit pourquoi les néoplasmes de la corde vocale sont d'une thérapeutique excellente, que ce soit (disons-le dès maintenant) par les méthodes chirurgicales ou par les procédés d'irradiations.

Par ailleurs, plus on s'éloigne de la région glottique, plus la manifestation de la tumeur est tardive, un tout petit nodule de la corde vocale s'extériorise par un enrouement précoce, une tumeur étendue ventriculaire ou sous-glottique

peut être ignorée longtemps. Lorsqu'elle attire l'attention du malade, c'est qu'elle a gagné du côté glottique, du côté pharyngé, qu'elle gêne la respiration ou qu'elle est assez profondément enracinée pour retentir sur les territoires nerveux, à moins que déjà le passage de cellules néoplasiques dans la circulation lymphatique n'ait fait apparaître une adénopathie. Dans tous les cas, contrairement au cancer de la corde, la tumeur est très développée. Ceci montre clairement que la thérapeutique est totalement différente dans les deux cas : tout réussit dans l'un; seules, les méthodes énergiques enrayent la marche de l'autre.

La chirurgie a répondu par diverses méthodes à ces considérations : thyrotomie simple, résection sous-périchondrale, laryngectomie partielle ou laryngectomie totale se partagent la classification. Pour *placer* notre sujet dans le traitement du cancer laryngé, nous voulons rapidement examiner ces procédés.

1° La thyrotomie simple.

Elle s'adresse aux cancers très limités d'une corde vocale, le chirurgien ouvre le larynx par sa face antérieure; il écarte les deux lames thyroïdiennes et extirpe la tumeur par cordectomie. C'est idéal, aisé, sans risque, mais c'est trop idéal. Le malade devrait être vu dès le début de la lésion; cette indication est rare. Par ailleurs, si, dans les états précancéreux ou chez le vieillard, ce procédé s'accorde bien avec la clinique, cette résection minime est un risque. En matière de cancer, il faut toujours enlever au-delà de la tumeur.

2° Résections sous-périchondrales selon la technique de sir Saint-Clair Thompson.

Lorsque le cancer se limite à une corde vocale, en respectant la commissure et la région aryténoïde, on doit envisager deux cas :

a) *Corde mobile, donc périchondre interne intact :* Il faut pratiquer après thyrotomie un décollement sous-périchondral

interne et enlever tumeur, corde et périchondre correspondant en bloc.

b) *La corde est-elle immobile ?* (en partie ou en totalité), c'est-à-dire, dans notre cas, *avec envahissement du périchondre*, il faut faire une sous-périchondrale externe : décollement sous-périchondral externe et exérèse de la tumeur et du cartilage correspondant.

Ces deux interventions sont logiques lorsque le cancer reste dans la limite de la corde, c'est-à-dire dans un champ fibreux sans passage vers le haut ou le bas où il y aurait un terrain propice à son développement.

Toutes les statistiques s'accordent à donner l'égalité entre les radiations et la chirurgie dans le pourcentage des guérisons de ce néoplasme. Longtemps encore, sans doute, les deux méthodes seront employées au gré de la tendance du thérapeute. L'avenir donnera sa préférence à l'une ou à l'autre. Il ne nous appartient pas d'en faire ici le procès.

3° Laryngectomie partielle.

Si la tumeur siège au niveau de la commissure antérieure, l'hémilaryngectomie antérieure s'impose par son élégance et ses avantages postopératoires. Elle est efficace parce que ce cancer retentit très rapidement sur la voix en gênant la fonction des cordes; sa découverte est précoce et l'intervention arrive à temps avant un envahissement important.

On doit de même conseiller une laryngectomie partielle dans le cas de néoplasme de la corde débordant vers le haut sans participation concomitante de la commissure et de l'aryténoïde. Il faut cependant être certain de cette limitation du cancer : il ne doit pas avoir envahi dans le sens antéro-postérieur toute la corde avec une région aryténoïdienne douteuse. Ceci est capital, parce qu'on ne doit pas laisser à la tumeur la possibilité de fuser de l'autre côté.

En conséquence, cancer de la corde débordant vers le haut ou le bas de façon limitée sans participation du côté opposé, proposons une laryngectomie partielle, type Saint-Clair Thompson.

Mais, quand ces deux régions sont envahies, que faut-il faire ? Hautant propose une hémolaryngectomie; notre maître préfère les laryngectomies totales.

Le seul avantage de l'hémilaryngectomie serait la conservation de l'autre côté de l'organe et l'absence de brèche pharygienne, mais le malade garde une canule, comme dans l'exérèse totale, et sa voix n'est pas meilleure. Par contre, on lui fait courir le risque d'un envahissement bilatéral. Cela est confirmé par les pièces de laryngectomies totales où, malgré les constatations cliniques, le microscope révèle des cellules néoplasiques, colonisées loin de l'autre hémilarynx.

4° Laryngectomie totale.

Donc, à partir de cette borne, il nous faut maintenant pratiquer une laryngectomie totale, c'est-à-dire enlever la boîte laryngée et son contenu, intervention qui a pour conséquence l'ouverture du pharynx. Cette opération, tentée pour la première fois en 1873 par Billroth, a subi depuis lors de nombreuses modifications. « C'est un pis aller », a écrit Sébileau. Il avait à l'esprit la mutilation grave imposée au malade, mais aussi et surtout les risques d'infection pulmonaire post-opératoire. Cette complication grevait en effet d'une lourde mortalité une intervention pourtant idéale quant au cancer. Les auteurs ont tout essayé pour y remédier, et, devant les insuccès, sa pratique avait été abandonnée. Faite de haut en bas suivant la technique de Gluck, ou de bas en haut suivant celle de Périer, avec fermeture immédiate du pharynx, le sphacèle apparaissait rapidement, et, en huit, dix jours, un grand nombre d'opérés étaient emportés par complication pulmonaire.

C'est à l'honneur de notre maître, M. le Professeur Portmann, d'être resté fidèle à cette doctrine, car, ainsi qu'il le disait dans son enseignement, « avant d'abandonner une technique, commençons par voir si le mode opératoire ne peut être amélioré ».

L'Ecole de Bordeaux avait déjà pratiqué la trachéotomie

avant la laryngectomie. Cette méthode améliorait la statistique, mais n'écartait pas radicalement l'infection pulmonaire. On s'attaqua aux sutures pharyngées : soie, tendon de renne ou catgut chromé n'empêchaient pas l'imprégnation salivaire, et la plaie se sphacélait. Il en fut de même avec la suture en deux plans pratiquée sur le modèle des sutures intestinales. De même, également avec différents types d'incision cutanée, en particulier le lambeau trapézoïdal, sur lequel certains auteurs s'appuient actuellement : le matelas ne supprimait pas l'infection. C'était pourtant cette infection qui était la source de complications. Un épeluchage soigneux, de nombreux pansements, l'aspiration, les soins pulmonaires, s'avérèrent impuissants.

Devant ces échecs, notre maître s'attaque de façon fort différente au problème, et, depuis 1935, l'Ecole bordelaise applique avec un succès total « *le procédé de sécurité en trois temps* », tel qu'il a été décrit dans un article paru dans la *Revue de la laryngologie* de 1935 : « Une nouvelle technique de laryngectomie totale » (Portmann et Despons).

CHAPITRE III

LE PROCEDE DE SECURITE

1° Trachéotomie sus-sternale.

Quinze jours avant l'opération. Nous savons bien que la trachéotomie est utilisée depuis longtemps, nous savons aussi qu'elle est essentielle dans l'isolement du poumon et que, basse ou moyenne, elle a subi de nombreux remaniements; mais, ce que nous voulons surtout mettre en valeur, c'est que la trachéotomie basse sus-sternale du procédé de notre maître isole *doublement* ce poumon; ceci constitue l'élément nouveau. En effet, elle permet de garder un *intervalle de peau saine entre la plaie et la canule*, mais surtout elle est *suivie d'une trachéostomie*, qui, pendant toute la cicatrisation, reste en place parallèlement à la trachéotomie : aucun autre procédé n'emploie cette technique.

2° Laryngectomie avec pharyngostomie.

Anesthésie locale, ablation de bas en haut. La brèche pharyngée est laissée grande ouverte et une sonde œsophagienne y est placée.

Pourquoi cela constitue-t-il un avantage ?

Parce que le drainage se fait librement, que la salive et les souillures venues de la bouche n'imprègnent pas une plaie fermée en vase clos et propice au plus haut chef à l'éclosion de sphacèle et d'infection.

D'ailleurs, en est-il autrement des dérivations intestinales, employées en particulier dans la chirurgie des colons ?

Or, les sécrétions buccales constituent un élément infectieux de premier ordre, qui ont tendance à s'infiltrer dans

la moindre brèche; le milieu buccal s'en accommode et s'en défend remarquablement, mais il n'en est pas de même de notre plaie opératoire.

Cette pharyngostomie a supprimé toutes les difficultés de pansements et de matériel. Comme nous le verrons, nos malades se sont tous levés quarante-huit heures après l'intervention, quels qu'aient été l'âge et la saison. Les plaies n'ont pas suppuré, les poumons ont été à l'abri.

Grâce à cette méthode, la gravité relative de l'opération par rapport aux autres interventions laryngées a été inversée. Elle n'est pas plus néfaste que la thyrotomie, elle l'est moins que les laryngectomies partielles.

3° Plastique.

Elle suit l'intervention de deux mois environ, après que la plaie se soit en partie comblée d'elle-même. La technique du double lambeau semble, à l'heure actuelle, donner le meilleur résultat.

En fin de traitement, la canule de trachéotomie est placée dans la trachéostomie.

Quelles sont les objections ?

1° De faire subir trois interventions.

2° De laisser quelques mois le malade avec une pharyngostomie.

A la première et à la seconde, nous répondrons par nos résultats opératoires. « La vie vaut bien un peu plus de peine pour le chirurgien, et de patience pour l'opéré », comme l'a dit le Professeur Portmann à l'Académie de médecine en 1943.

Comme nous le verrons, en effet, cette technique a donné à notre Maître les résultats qu'il escomptait; c'est l'étude de ces résultats qui fait l'objet de notre travail.

CHAPITRE IV

LES RADIATIONS

Les insuccès des laryngectomies totales et l'ablation de l'organe ont été la raison du développement du traitement par les radiations. Il s'est passé sur ce terrain ce qui s'est passé au niveau du col utérin. Mais les succès n'ont pas été les mêmes. En 1922, Coutard et Hautant, suivis en 1923 par Gunsett et Sichal, avaient publié des cas de guérison par les rayons X. Mais bientôt les publications portèrent surtout sur les échecs et mirent en valeur les accidents de radionécrose qui entraînaient la mort. De plus, on démontra alors que les radiations ne stérilisaient pas *in extenso* la tumeur puisque, au milieu des éléments radionécrosés, le microscope révéla l'existence de cellules et d'îlots néoplastiques. Ces irradiations peuvent être faites dans la curiethérapie ou la rœntgenthérapie.

1° Le radium contre le cancer laryngé.

Soit par des aiguilles, soit par colliers, soit par télécurie-thérapie. Les échecs, joints à la difficulté du traitement, l'ont fait abandonner par presque tous les radiothérapeutes. On peut dire que c'est une méthode d'exception. Pourtant Vogel a eu 51 guérisons sur 56 cas irradiés (1936). Réservons nos conclusions pour un procédé qui en est encore à sa période de tâtonnements et examinons la question des rayons X.

2° Les rayons X.

Après les échecs du début, Coutard démontra la nécessité de la méthode des doses fractionnées répétées pendant une longue période en surveillant les réactions de radioépithé-

lites. Le Congrès international d'O.-R.-L. de Berlin, en 1936, sanctionna ce procédé.

Actuellement, les méthodes varient avec chaque auteur. Bien plus, chacun varie son propre procédé. Cela est tout à leur honneur et peut être comparé aux tâtonnements de la chirurgie en matière de laryngectomie totale.

Nous voudrions comparer les deux méthodes. Dans ce but, nous nous sommes adressé, sur les indications du Docteur Mathey-Cornat, médecin radiologiste des hôpitaux de Bordeaux, aux travaux comportant les études statistiques et faits par des auteurs considérés comme faisant autorité sur la matière.

CHAPITRE V

LES RESULTATS DE LA LARYNGECTOMIE TOTALE

Il s'agit de tous les malades porteurs de cancer du larynx opérés de laryngectomie totale à la clinique d'O.-R.-L. de la Faculté de médecine de Bordeaux, indépendamment des néoplasmes opérés dans la clientèle privée de nos maîtres.

Nous avons réuni 54 cas depuis 1935 jusqu'à 1945. Tous nos opérés qui portent la mention « *guéris* » ont été revus au cours du dernier trimestre 1944 et sont indemnes de toute lésion tant au niveau du larynx qu'au niveau d'autres appareils. Nous allons donner un résumé des observations, et par là même nous en tirerons les conclusions.

OBSERVATIONS

Les 24 premières observations se sont résumées dans la thèse du Docteur Laclaud-Lacrouts (thèse Bordeaux, 1938 : *Considération sur les indications et la technique de la laryngectomie totale*). Dans le tableau qui suit les nouvelles observations, nous mentionnons l'état actuel de ces opérés.

Observation XXV.

H... (V.), 58 ans.

Vient consulter le 2 juin 1939 pour une dysphagie pour les solides datant d'un mois et demi. Il crache parfois quelques filets de sang. Il ne tousse pas, il n'a pas maigri.

Antécédents personnels. — Paludisme.

Examen. — Bon état général. Gorge rouge. Nez : gros cornets.

Larynx. — Le vestibule laryngé est occupé par une masse arrondie, bourgeonnante, paraissant remplir le sinus, piriforme gauche et débordant sur la ligne médiane. L'aryténoïde droit est mobile. Le gauche est immobile.

Adénopathie à gauche, région cervicale haute.

Biopsie. — Néopavimenteux; ébauche d'évolution malpighienne (Nadal). B.-W. négatif. Urée, 0 g. 20.

Trachéotomie le 22 juin 1939 (Dr Pinaud).

Suites. — Température, 37-38° pendant quelques jours.

Laryngectomie totale le 13 juillet 1939 (Prof. Portmann). — Tumeur pédiculée, bien limitée, implantée sur la bande ventriculaire et la corde vocale gauche. Le sinus piriforme est le siège d'un œdème qui paraît inflammatoire.

Suites. — 37-38 pendant huit jours.

Suppression du Mickulicz le lendemain; pas de sphacèle; la plaie se cicatrise; le malade se lève quarante-huit heures après l'intervention.

Plastique. — Double lambeau le 12 octobre 1939.

Le tiers inférieur lâche, mais la brèche se referme.

Métastase ganglionnaire (16 novembre 1939). — Le ganglion n'avait pas augmenté; on l'extirpe avec des tissus avoisinants; l'histologie confirme sa nature néoplasique.

Suites. — L'adénopathie reparaît; le malade est envoyé au Centre anticancéreux de Bergonié pour y subir des irradiations (rayons X).

5 mars 1940 : Revient du Centre. Malgré le traitement, l'adénopathie a augmenté et s'est ulcérée.

Décès par cachexie le 26 août 1940.

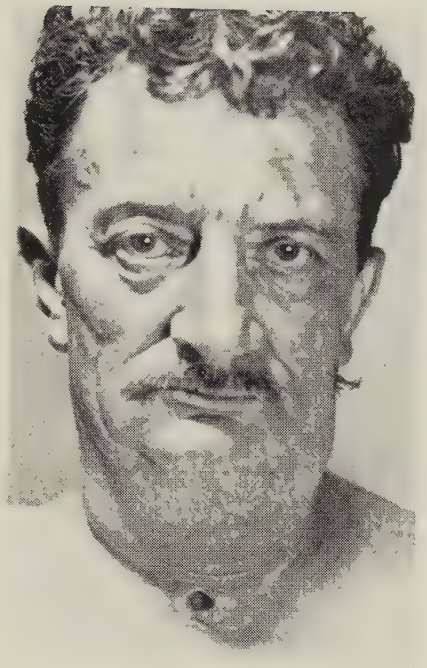
Observation XXVI.

O... (J.), 44 ans.

Vu le 31 juillet 1939. Depuis un mois, dysphagie et odynphagie pour les solides; pas d'otalgie. Aphonie depuis quinze jours. Gorge sèche. Bon état général.

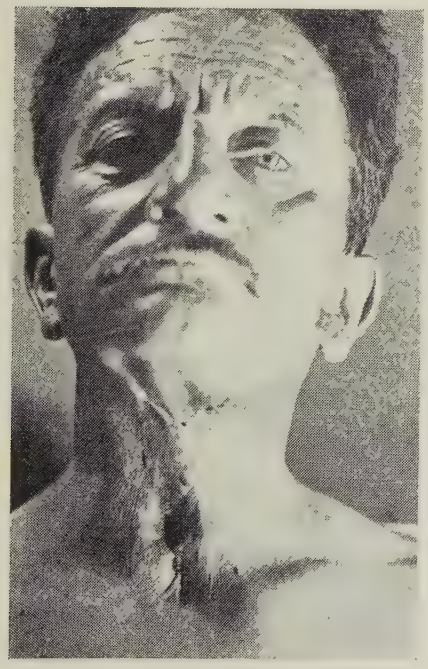
Larynx. — Epiglotte rouge, enflammée, dont la base est occupée

Profil.

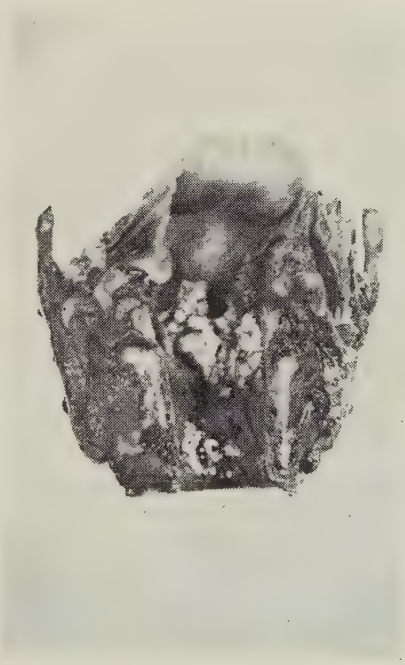


Face.

Périchondrite avant laryngectomie totale.



Après intervention.



Pièce opératoire.

Observation XXII.

Mousset (26).

par une ulcération large, blanchâtre, bourgeonnante. La lésion s'étend au repli ary-épiglottique droit, mais ne paraît pas intéresser ni l'aryténoïde, ni le sinus piriforme. Pas d'adénopathie.

Biopsie. — Epithélioma baso-cellulaire.

Poumons, rien à signaler. B.-W. négatif. Urée, 0 g. 35. Tension artérielle : Mx, 14; Mn, 7; Io, 4.

Trachéotomie le 3 août 1939. Suites normales.

Laryngectomie totale le 11 septembre 1939 (Prof. Portmann). — Confirme l'étendue de la lésion.

Suites. — Température, 38 et 37°5 pendant trois jours. Pas de sphacèle. Se lève quarante-huit heures après.

Exéat le 31 octobre.

Plastique (23 janvier 1940). — Double lambeau. Il persiste une très petite brèche à la partie supérieure.

Plastique (14 mars 1940). — Depuis, il travaille; voix très compréhensible. Il va très bien.

Observation XXVII.

P... (J.), 34 ans.

Vu le 30 octobre 1930. Enroué depuis juin. Actuellement, aphone; gêne respiratoire avec tirage; crachats purulents, striés de sang. Il a maigri de 3 kilos depuis un mois.

Larynx. — Aryténoïde droit infiltré en une large plage qui englobe tout le repli ary-épiglottique et déborde dans le sinus piriforme. La bande ventriculaire est englobée; l'hémilarynx droit est immobile.

Nez. — Rhinite pseudo-atrophique. Pas d'adénopathie. Crépitation laryngée abolie à droite.

Poumons. — Râles sous-crépitants sur les deux plages pulmonaires.

Urée, 0 g. 32. B.-W. négatif. Tension artérielle : Mx, 15; Mn, 8.5; Io, 4.

Trachéotomie le 23 octobre 1939 (Prof. Portmann).

Suites. — Température oscillante entre 37°5 et 38° pendant dix jours. Eucalyptine; expectorations très abondantes.

Biopsie (Dr Delas). — Tumeur épithéliale maligne, type pavimenteux, à tendance malpighienne.

Laryngectomie totale le 13 novembre 1939 (Prof. Portmann). — Vascularisation très importante. A la partie inférieure, ganglion du volume du petit doigt, dont on fait l'extirpation. Le bourgeonnement du néo est très étendu, dans les limites vues au miroir.

Suites. — Le soir, température à 38°; le lendemain, 40°, mais tombant trois jours après.

Localement, gros empâtement, mais qui se cicatrise très rapidement.

Plastique (4 janvier 1940). — Double lambeau.

Température à 39° le soir pendant trois jours. Elle tient.

Exéat. Parfait état local et général.

Observation XXVIII.

C... (J.), 58 ans.

Thyrotomie en mai 1939 pour cancer de la corde vocale (Prof. Despons).

En octobre, crise de dyspnée laryngée, trachéotomie (Dr Laffitte-Dupont).

Vu le 11 décembre 1939. A maigri de 5 kilos.

Sa femme a fait deux fausses couches.

Larynx. — Les deux bandes ventriculaire et les deux aryténoïdes sont infiltrés, augmentés de volume, mais de coloration normale.

Pas d'adénopathie. B.-W et B. K. négatifs. Radio pulmonaire négative.

Biopsie. — Aucun signe de malignité, excroissance polypoïde.

Radio. — Au niveau de la face latérale du cartilage thyroïde, perte de substance à contour régulier (thyrotomie). Ombre diffuse s'étendant à tout le larynx et se prolongeant à l'extrémité interne de la canule.

Devant ces signes on porte le diagnostic de tumeur maligne du larynx étendue à la région sous-glottique.

Laryngectomie totale le 18 décembre 1939 (Prof. Portmann). — On trouve du tissu d'aspect néoplasique autour de la canule. La

trachée est sectionnée au-dessous de la tumeur. On met la canule dans l'orifice de trachéostomie.

Suites. — Pendant dix jours, température à 38°5-39°5. Sphacèle moyennement abondant.

Biopsie. — Epithélioma à globes cornés.

Plastique (15 avril 1940). — Tient très bien.

Il repart chez lui, mais revient avec un nouveau bourgeonnement autour de la canule. Malgré l'irradiation, décès en 1940 par cachexie néoplasique.

OBSERVATION XXIX.

P... (P.), 54 ans.

Vu le 15 novembre 1939. Enroué depuis un an et demi. Odynphagie à gauche depuis deux mois. Amaigrissement; pas d'appétit; gêne respiratoire, tirage.

Larynx. — Hémilarynx gauche envahi par une masse blanchâtre et immobilisée. La palpation montre un squelette épaissi à gauche. Pas de crépitation. A gauche, petit ganglion dur.

Biopsie. — Epithélioma à tendance spino-cellulaire, d'allure très évolutif.

Trachéotomie le 21 novembre 1939. Expectoration et sphacèle assez abondants.

Température pendant quinze jours à 37°5.

Radio. — Destruction généralisée des cartilages thyroïdes et cricoïdes.

Au niveau des aryténoïdes, ombre globuleuse ainsi qu'au-devant du thyroïde, faisant présumer une infiltration étendue (Dr Mathey-Cornat).

Laryngectomie totale (Prof. Portmann) le 18 décembre 1939. — L'incision met en évidence la périchondrite. La tumeur est ulcérée et spacélée et s'étend jusqu'à l'épiglotte.

Suites. — Température à 37°-38° pendant quatre jours. La plaie est en très bon état. L'état général est meilleur. Le malade grossit.

Mais l'adénopathie progresse et en février on constate une *récidive sur place.*

2 mars 1940 : Envoyé au Centre Bergonié. Le Professeur Réchou répond que « tout traitement radiothérapique ne ferait qu'aggraver l'état général très rapidement, étant donnée la lésion avancée ».

Décédé le 18 mars.

Obesrvation XXX.

P... (A.), 49 ans.

Vu le 8 novembre 1939. Aphone depuis deux mois. Dysphagie, odynphagie avec otalgie presque constante du côté droit. Il n'a pas maigri.

Antécédents personnel et héréditaires. — Rien à signaler.

Nez. — Déviation de la cloison à droite.

Larynx. — Epiglotte hypertrophiée. Aryténoïde droit augmenté de volume et immobile. La bande ventriculaire est également augmentée de volume; on voit la corde vocale.

Biopsie. — Epithélioma atypique constitué par une infiltration diffuse au sein d'un collagène chargé d'éléments inflammatoires.

Appareil pulmonaire. — Râles ronflants et sifflants des deux bases.

Trachéotomie le 15 janvier 1940.

Suites. — Température à 37°5-38° pendant dix jours.

Radiographie. — La cavité laryngée, exceptée la région de l'angle rentrant du cartilage thyroïde, est occupée par une masse homogène.

Laryngectomie totale le 5 février 1940 (Prof. Portmann). — Technique habituelle.

Suites. — Pendant dix jours, température à 37°5-38°.

Cependant le malade est levé quarante-huit heures après l'intervention et le Mikulicz est supprimé comme à l'ordinaire.

Plastique (17 juin 1940). — *Récidive sur place.* Radiothérapie.

Décès en octobre 1940.

Observation XXXI.

R... (J.), 62 ans.

Vu le 11 mars 1940. Enroué depuis un an. Dyspnée depuis cinq mois. Il a maigri de 10 kilos.

Examen. — Dyspnée type laryngé. Tirage.

Larynx. — A droite, la bande ventriculaire et le repli ary-épiglottique forment une masse soufflée, lisse, rouge. La corde vocale n'est pas visible. La tuméfaction paraît un peu œdématiée. Pas d'adénopathie.

B.-W. négatif. Absence de B.-K. dans les crachats.

Biopsie. — Epithélioma spino-cellulaire.

Trachéotomie le 15 mars 1940. — Suites excellentes.

Laryngectomie totale le 1er avril 1940 (Prof. Portmann). — Lésions de l'hémilarynx droit.

Suites excellentes comparables en tous points à la trachéotomie.

Le malade reprend rapidement du poids.

Plastique (27 mai 1940). — Double lambeau.

Il persiste une fistule à la partie supérieure et il faudra deux plasties pour en venir à bout.

Octobre 1940 : Reprend le travail, Souffre de l'estomac et doit être opéré d'ulcère de l'estomac le 11 décembre 1940 (Prof. Papin).

Vu en 1943 : Etat excellent.

Décédé accidentellement en 1944.

Observation XXXII.

D... (G.), 56 ans.

Vu le 17 avril 1940. Enroué depuis un an. Depuis un mois, tuméfaction cervicale médiane. Dyspnée avec tirage.

Examen. — Toute la région cervicale médiane est occupée par une tuméfaction à la hauteur du larynx.

Larynx. — Hémilarynx droit tuméfié, élargi, immobilisé. Epiglotte augmentée de volume, rouge. La commissure antérieure est occupée par un énorme bourgeonnement.

Biopsie. — Epithélioma spino-cellulaire très œdématié. Les épines sont très visibles entre les cellules disjointes par l'œdème (Prof. Dubreuil).

B.-W. négatif. Pas de B. K. dans les crachats.

Trachéotomie le 10 avril 1940.

Suites. — La température oscille entre 37° et 39°. Une fluctuation apparaît au niveau de la périchondrite. On l'incise le 26 avril 1940. Il sort du pus en abondance. La température revient à la normale en quinze jours.

Laryngectomie totale le 20 mai 1940 (Prof. Portmann). — Médaillon au niveau du bloc droit.

Suites. — Pas de température. Pas de sphacèle.

Plastique (26 août). — Travaille. Est guéri.

Observation XXXIII.

D... (P.), 46 ans.

Consulte le 29 mai 1940 pour paresthésie pharyngée apparue depuis trois mois au niveau de la gorge avec aphonie. Dyspnée depuis une semaine et dysphagie.

Antécédents personnels. — Bronchites tous les hivers. Amaigrissement depuis un mois.

Larynx. — Rouge dans son ensemble. Prolifération bourgeonnante au niveau de l'épiglotte de la commissure antérieure et des deux bandes ventriculaires. Les cordes vocales sont rouges et infiltrées. L'aryténoïde gauche est ulcérée et immobile.

Biopsie. — Epithélioma baso-cellulaire.

Radio pulmonaire. — Les champs s'éclairent mal. Ombres hilaires étendues des deux côtés.

B.-K. et B.-W. négatifs.

Trachéotomie le 21 juin 1940. — La température oscille entre 39° et 37°5 pendant huit jours. Eucalyptine. Apparition d'une adénopathie à droite.

Curage (Prof. Despons) le 18 juillet 1940. — Le laboratoire répond: Hypertrophie simple.

Laryngectomie le 12 août 1940 (Prof. Portmann). — Elle confirme l'étendue des lésions.

Suites. — Pas de température. Suites normales.

Plastique (11 novembre 1940).

En décembre 1940, une adénopathie apparaît à droite.

Décès en janvier 1942. Cachexie cancéreuse.

Observation XXXIV.

A... (H.), 51 ans.

Vu le 18 septembre 1940. Souffre de la gorge depuis huit mois; il se réveille souvent pendant la nuit avec une crise de dyspnée paroxystique. Enrouement depuis cinq mois. Otalgie gauche. Toux coqueluchoïde. Le malade a maigri de 7 kilos depuis trois mois.

Examen laryngé. — Masse bourgeonnante de l'aryténoïde droit et de la bande ventriculaire. Propagation à l'épiglotte. Pas d'adénopathie.

Biopsie. — Epithélioma baso-cellulaire Nadal).

B.-W. négatif. Pas de B. K. dans les crachats.

Trachéotomie le 30 septembre 1940. Suites normales.

Laryngectomie totale le 24 octobre 1940 (Prof. Portmann). — La lésion a envahi l'épiglotte et les deux bandes ventriculaires.

Suites normales.

Plastique (16 janvier 1941). — Guérison.

Observation XXXV.

T... (R.), 48 ans.

Envoyé le 14 novembre 1940 par le Service de psychiatrie pour un enrouement persistant depuis un mois. Il a craché quelques filets de sang depuis quatre jours.

Antécédents personnels. — Gangrène pulmonaire en 1930. Rhumes et bronchites fréquents.

Examen. — La crépitation laryngée est diminuée.

Au miroir : Toute la partie antérieure du larynx est cachée par une tumeur bourgeonnante; les cordes vocales sont mobiles.

Biopsie. — Boyaux épithéliomateux, type baso-cellulaire; disparition de la vitrée.

B.-W. négatif. Urée, 0 g. 30.

Trachéotomie le 24 décembre 1940. — Suites normales.

Laryngectomie le 6 février 1941 (Prof. Despons). — Les lésions envahissent la commissure antérieure et remontent sur l'épiglotte.

Suites. — Sphacèle pendant quelques jours. Température à 38°

pendant dix jours. Le pont du tissu situé entre la trachéotomie et la trachéostomie ne tient pas.

Plastique (21 avril 1941). Il persiste une brèche qui demande trois autres plastiques.

Le malade est décédé d'hémorragie cérébrale le 3 décembre 1942.

Entre temps, il n'avait présenté aucun signe de rédicive locale.

Observation XXXVI.

C... (A.), 67 ans.

Le malade vient consulter pour la première fois le 26 décembre 1940. Il présente une dysphagie pour les liquides depuis plusieurs mois. Il est enroué depuis trois mois, et depuis deux semaines une tuméfaction est apparue dans la région laryngée. Gros amaigrissement.

Examen laryngé. — On constate un bourgeonnement de la commissure antérieure de l'épiglotte et de l'hémilarynx droit.

La région laryngée est envahie par une carapace de consistance ligneuse; il existe une fistulisation.

Radio. — Destruction presque totale de la partie antérieure du cartilage thyroïde.

B.-W. négatif. Pas de B. K. dans les crachats.

Trachéotomie le 27 décembre 1940. — La température oscille entre 38° et 39° pendant cinq jours.

Expectoration abondante (Eucalyptine).

Biopsie :

10 janvier 1941 : Papillomatose.

15 janvier 1941 . Même lésion.

23 janvier 1941 : Pas de signe de malignité.

Un œdème apparaît au niveau des membres inférieurs. Tension artérielle : Mx, 17; Mn, 8; Io, 3. Sous l'influence de la digitaline, l'œdème disparaît.

Malgré la réponse du laboratoire, on décide, sur l'aspect des lésions, de faire une laryngectomie.

Laryngectomie totale le 13 février 1941 (Prof. Despons). — Un médaillon est pratiqué autour de la fistule. Après ablation du larynx

on constate un volumineux envahissement de la base de l'épiglotte et de la commissure antérieure.

Une coupe est pratiquée en plein envahissement : épithélioma spino-cellulaire à disposition papillomateuse avec de nombreuses plaques de leucoplasie.

Suites excellentes.

Plastique (7 avril 1941). — La plastique ne tient pas; il faut pratiquer cinq autres interventions du 17 avril au 24 novembre.

18 décembre 1941 : Depuis quelques jours, à la suite d'un refroidissement, le malade tousse et présente une expectoration abondante. Température à 39°; râles de bronchite; arythmie cardiaque. Les jours suivants, la température oscille largement.

Le malade meurt le 25 décembre 1941 de broncho-pneumonie.

Observation XXXVII.

C... (V.), 55 ans.

Depuis un mois, le malade est gêné pour avaler tous les aliments; il est enroué depuis trois semaines et a maigri de 5 kilos. Il vient à la consultation pour la première fois le 26 décembre 1940.

Antécédents personnels. — Affections pulmonaires fréquentes. Il y a trois ans, le malade a eu une congestion pulmonaire très sérieuse.

Examen endolaryngé. — Une masse volumineuse infiltre le sillon glosso-épiglottique droit et la bande ventriculaire du même côté.

Biopsie. — Epithélioma atypique à cellules petites très compactes.

B.-W. négatif. Pas de B. K. dans les crachats.

Trachéotomie le 13 janvier 1941. — Pendant douze jours, la température oscille entre 37° et 38°; pas de sphacèle.

Laryngectomie totale le 24 février 1941 (Dr Berger).

Les lésions s'étendent également à gauche.

Suites. — Température entre 37°5 et 37° pendant trois jours.

Plastique (24 avril 1941). — Guérison.

Observation XXXVIII.

B... (J.), 64 ans.

3 février 1941 : Enroué depuis un an. Prurit laryngé.

Examen. — Gêne respiratoire. Bon état général. Pas d'adénopathie.

Larynx. — La bande ventriculaire gauche est bourgeonnante et cache la corde vocale qui est immobile.

Laryngectomie le 24 mars 1941 (Prof. Portmann). — Suites excellentes; pas de sphacèle.

Biopsie. — Epithélioma spino-cellulaire.

Trachéotomie le 6 février 1941. — Suites normales.

Plastique (28 avril 1941). — Guérison.

OBSERVATION XXXIX.

B... (F.), 42 ans.

Envoyé le 7 juin 1941 par M. le Docteur Trautmann. Il présente une dysphonie depuis huit mois, apparue brutalement. Gêne respiratoire marquée. Otalgie gauche. Odynphagie.

Antécédents personnels. — Affection cardiaque en traitement.

Examen laryngé. — Grosse infiltration de l'épiglotte. La base de la langue ne paraît pas envahie, mais la bande ventriculaire et la corde vocale du côté droit sont augmentées de volume et fixées. Pas d'adénopathie.

Biopsie. — Epithélioma spino-cellulaire (Prof. Damade).

Trachéotomie le 1er juillet 1941 (Prof. Despons). — Vers le haut, on pratique l'extirpation vers la base de la langue d'un noyau néoplasique. Il semble que l'on ait atteint le tissu sain. La pièce montre un néoplasme de l'épiglotte qui a perforé le cartilage et a fusé vers la base de la langue.

Suites. — Légère extrophie de la muqueuse œsophagienne.

Une biopsie de sécurité pratiquée au niveau de la base de la langue est négative.

6 septembre 1941 : Un bourgeonnement apparaît à la partie supérieure de la pharyngostomie.

Biopsie : Tissus de granulation riches en histiocytes et infiltrés de polynucléaires. En quelques points s'observent de rares cellules à noyaux monstrueux, à cytoplasme irrégulier, mais dont le degré de cylotyse est trop considérable pour préciser le type tumoral (Prof. Damade).

lPastique (30 octobre 1941). — Elle se désunit entièrement.

4 décembre 1942 . Le malade revient à l'hôpital du Tondu présentant une dysphagie et une odynphagie importantes. On constate la présence d'un empâtement au niveau de la région droite de la cicatrice; de plus, le toucher endobuccal montre la présence d'une induration du sillon glosso-amygdalien gauche. Le miroir révèle l'ulcération de la base de la langue.

Le malade est envoyé au Centre anticancéreux (radium).

Décès par hémorragie foudroyante le 13 septembre 1943.

Observation XL.

B... (E.), 53 ans.

Vu pour la première fois le 29 juillet 1941. Le malade est enroué depuis un an; actuellement, aphonie presque totale. Une tuméfaction cervicale est apparue depuis une semaine au niveau de la région laryngée. De plus, le malade est gêné pour respirer. Il a maigri.

Antécédents personnels. — Abcès froid costal tuberculeux dans l'enfance. Broncho-pneumonie en 1916. Pleurésie purulente gauche en 1936 (pleurotomie). Bronchite tous les hivers.

Examen. — Malade fatigué et amaigri. Tirage et cornage. Périchondrite larynée avec fistulisation.

Larynx. — La fente glottique est à peu près entièrement cachée par une masse bourgeonnante, ulcérée, qui semble s'implanter au-dessus de la commissure antérieure. La bande ventriculaire gauche est infiltrée. Les aryténoïdes sont libres et mobiles.

B.-W. négatif.

Radio pulmonaire. — Les sommets sont gris; à droite, zone d'ombre à la base; diminution de la clarté au niveau de la partie moyenne du poumon droit.

Evolution. — On pratique plusieurs biopsies pour lesquelles le laboratoire répond : papillomatose.

L'examen du pus montre de nombreuses cellules épithéliales, isolées ou en placard, dont beaucoup ont des noyaux monstrueux et des figures de mitoses. Ces constatations sont une présomption en faveur d'un néoplasme.

Trachéotomie le 11 septembre 1941. — Normale.

Biopsie par voie externe (15 septembre 1941). — Dès l'incision médiane, on tombe sur une masse dont un prélève un fragment : Epithélioma spino-cellulaire à globes cornés avec une storma-réaction collagène discrète.

Laryngectomie totale le 21 septembre 1941 (Prof. Portmann). — Médaillon médian au niveau de la fistule. Il existe une région douteuse au niveau de l'os hyoïte. Biopsie. Ablation d'un noyau blanchâtre au niveau de la base de la langue. La lésion s'étend à la commissure antérieure et à la face endo-laryngée de l'épigleotte.

Suites. — Très normales, Sulfamidothérapie. Dagénan, 3 grammes pendant les deux jours qui ont précédé l'intervention. Après l'intervention, 3 grammes pendant deux jours, puis 2 grammes et 1 gramme.

Les biopsies de sécurité sont négatives. Le malade reprend du poids.

Plastique (11 décembre 1941). Exéat le 23 mars 1942. Guérison.

Observation XLI.

L... (P.), 42 ans.

Vient consulter le 29 octobre 1941, pour une gêne respiratoire datant de cinq à six semaines. Le malade est enroué depuis cinq ans, surtout en fin de journée. En même temps que la dyspnée est apparue une toux sèche, et il a maigri.

Antécédents pulmonaires. — Cinq congestions pulmonaires.

Examen. — Dyspnée. Tirage grave, Asthénie.

Larynx. — Bourgeonnement inter-aryténoïdien. Infiltration de la B. V. droite. Cordes distendues, rouges. Immobilité abolie à droite, très diminuée à gauche. Un ganglion sous-angulo-maxillaire à droite.

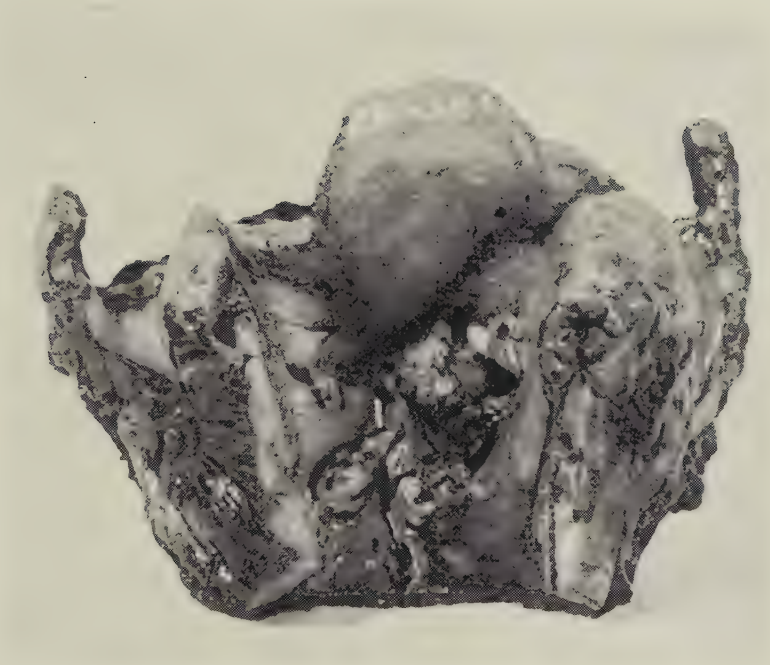
B.-W. et B. K négatifs. Tension artérielle : Mx, 16; Mn, 5; Io, 8.

Radio pulmonaire. — Rien à signaler.

Trachéotomie le 30 octobre 1941.

Suites. — Erythème de la face. Température à 39°. Crachats purulents.

Néococcyl, 8 grammes.



Observation XLII.

Le lendemain tout rentre dans l'ordre.

Biopsie. — Epithélioma malpighien.

Laryngectomie totale le 17 novembre 1941 (Prof. Portmann). — Exérèse du ganglion (épithélioma pavimenteux).

Suites. — 6 comprimés de Néococcyl le lendemain, puis 6, 4, 4, 2, 2. La plaie ne présente aucun sphacèle.

10 décembre : Réapparition d'une adénopathie à droite. Une fistulisation se produit.

Décès le 3 avril 1942 brusquement.

Observation XLII.

P... (F.).

1er avril 1942 : Enroué depuis un an et demi. Douleurs spontanées au niveau de la gorge depuis trois mois. Apparition d'une tuméfaction cervicale médiane.

Examen. — Elargissement du squelette laryngé. Crépitation abolie.

Larynx. — Hémilarynx droit tuméfié, immobile. Sinus piriforme comblé à droite.

Trachéotomie le 1er avril. — Série de Néococcyl (8, 8, 6, 6, 4, 4, 2,2. La température reste à 38°5 pendant quinze jours. On refait une nouvelle série de sulfamides.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux atypique.

11 mai : Bronchite bilatérale. On reprend le Néococcyl.

Radio. — Envahissement de la lame thyroïdienne.

Après *lipiodol* : Image laryngée déviée vers la gauche par un bourgeonnement occupant la partie droite du larynx. Stagnations plus marquées à droite.

Laryngectomie totale le 1er juin 1942 (Prof. Portmann). — Médaillon à droite, où les plans mous sont envahis.

Suites. — Séries de Néococcyl (8, 8, 2, 2). Résultats excellents. Pas de température. Pas de sphacèle.

Plastique (12 août). — Guérison maintenue.

Observation XLIII.

B... (F.), 43 ans.

Le 9 mai 1942, le malade vient à la consultation. Il est gêné pour avaler les solides depuis trois mois. Depuis un mois, otalgie gauche spontanée, avec un léger enrouement.

Antécédents personnels. — Gros fumeur. Rhumes fréquents.

Examen. — Bon état général. Crépitation laryngée diminuée.

Larynx. — Bourgeonnement de l'hémilarynx gauche, immobile. Le sinus piriforme gauche paraît infiltré.

Biopsie. — Papillome en dégénérescence épithéliomateuse.

B.-W. et B.K. négatifs. Urée, 0 g. 23.

Trachéotomie le 18 mai 1942. — Série de Néococcyl. Température entre 37° et 38° pendant quatre jours.

Laryngectomie totale le 8 juin 1942 (Prot. Portmann). — Lésions de l'épiglotte et de la bande ventriculaire.

Observation XLIV.

L... (J.), 59 ans.

Depuis le 14 avril 1942, hospitalisé pour troubles pulmonaires. Depuis un an, le malade a vu s'installer une aphonie progressive.

Le 22 avril 1942 : enrouement; légère dyspnée.

Examen. — Le larynx est tuméfié dans son ensemble et rouge. Les cordes vocales ne se voient pas. Le malade est très amaigri; il transpire la nuit.

Poumons. — Crache et tousse abondamment. Matité légère à droite. Souffle de condensations; râles. Broncophonie. Pectoriloquie aphone.

Biopsie. — Epithélioma à forme papillomateuse très exhubérant. Nombreux globes épidermiques. Il paraît être d'une malignité assez faible.

Radio pulmonaire. — B.-W. et B.-K. négatifs.

Trachéotomie le 4 juin 1942.

Suites. — Température à 39° pendant deux jours.

Série de Néococcyl du 4 au 12 juillet.

Radio du larynx. — Destruction partielle de l'angle antérieur du cartilage du larynx et refoulement en arrière de l'épiglotte par une masse volumineuse semblant occuper la commissure antérieure.

18 et 19 juillet : 8 comprimés de Néococcyl.

Laryngectomie totale le 20 juillet (Prof. Portmann). — Montre un bourgeonnement de la face laryngée de l'épiglotte débordant de chaque côté.

Suites. — Série de Néococcyl (8, 8, 2, 2). La plaie a bon aspect. Léger sphacèle.

Plastique (24 octobre 1942).

Décédé cause inconnue en avril 1943.

Observation XLV.

B... (F.), 38 ans.

Enroué depuis trois ans. Le 3 juillet 1942, vient consulter pour une dyspnée apparue progressivement depuis trois mois. Grosse tuméfaction des bandes ventriculaires, surtout à gauche, rouge, tendue.

Radio pulmonaire. — Négative. Pas de ganglion. Il a maigri de 4 kilos en trois mois. Actuellement, sa dyspnée est intense et il a une légère dysphagie.

Trachéotomie d'urgence le 3 juillet.

Suites. — Expectoration sanguinolente abondante.

4 juillet : Température entre 38°2 et 37°5 pendant huit jours. Néococcyl, 8 comprimés.

5 juillet : Crachats fétides. Souffle de la base droite. Sulfamides, 6 grammes. Sérum glucosé intraveineux.

15 juillet : Les signes physiques ont disparu.

Biopsie. — Epithélioma globes épidémiques (Prof. Dubreuil).

Laryngectomie totale le 23 juillet 1942 (Prof. Portmann). — La tumeur infiltre la paroi latérale gauche de la partie supérieure de la trachée. Une ulcération occupe la région antérieure du larynx et infiltre les bandes ventriculaires.

Suites. — Série de Néococcyl. La plaie a très bon aspect. Pendant deux jours, état dépressif et idées de persécution. Refus

d'alimentation. Hypocondriaque et revendicateur. Injection de cacodylate de soude.

En septembre, redevient normal.

Plastique (28 septembre). — Ne tient pas. Il a fallu cinq plastiques.

Le malade sort le 15 avril 1943. Depuis, il a fait pendant le premier trimestre 1944, un abcès froid dont il a guéri.

Actuellement, il se porte très bien.

Observation XLVI.

L... (J.), 39 ans.

Entre à l'hôpital le 21 juillet 1943 sur les conseils de M. le Professeur Despons. Il est enroué depuis trois mois.

Antécédents personnels. — Gros fumeur, crie beaucoup (mandataire aux Halles).

Antécédents héréditaires. — Mère décédée de gangrène des M. I.; une sœur opérée par M. le Professeur Despons pour une périphlébite du sinus d'origine otitique.

Signes pulmonaires. — Crépitation laryngée conservée.

Larynx. — Bourgeonnement blanchâtre occupant les deux tiers antérieurs de la bande ventriculaire gauche; mobilité normale.

Radio pulmonaire. — Hiles chargés. Ganglions calcifiés. Tramite bilatérale.

Thyroïde : Calcification incomplète du cartilage.

Larynx. — Rien à signaler.

Trachéotomie le 25 juillet 1942. — Suites normales. Série de sulfamides.

Thyrotomie le 13 août (Prof. Portmann). — Prolifération occupant la corde vocale et la bande ventriculaire gauche, infiltrant la région sous-glottique. Résection sous-périchondrale interne.

Suites. — Température à 37°5-38° pendant huit jours.

Biopsie. — Le cartilage est infiltré en plusieurs endroits de cellules néoplasiques. Un bourgeonnement apparaît au niveau de l'endolarynx.

Biopsie. — Masse papillomateuse malpighienne très complexe, mais qui paraît toujours limitée au côté de la vitrée. Pas de signes malins (Prof. Dubreuil).

18 septembre : Suppression de la canule. Température à 39°. La toux persiste. Série de Néococcyl.

20 septembre : La plaie se cicatrise.

Poumons (23 septembre). — Dans les deux champs, submatité. Rudesse de la respiration; râles humides dans les deux bases.

Larynx. — L'hémilarynx droit est occupé par une tuméfaction rouge.

Biopsie. — On voit quelques débris de cellules paraissant être des cellules épithéliomateuses (Prof. Dubreuil).

Poumons (Dr Lavignolle). — Bacillose fibreuse. Pas de B. K. à l'examen direct.

Trachéotomie le 12 octobre 1942.

Laryngectomie totale le 22 octobre 1942 (Prof. Portmann). — Le néoplasme occupe tout l'hémilarynx, avec prolongement sous-glottique.

Suites. — Normales. Bourgeonnement de la muqueuse laryngée.

Biopsie négative.

Plastique (7 janvier 1943). — Double lambeau. Il persiste une petite fistule qui demande une seconde plastique.

Revu périodiquement. Excellent état.

Observation XLVII.

L... (J.), 65 ans.

Vu le 8 janvier 1943. Gêne respiratoire depuis quatre jours. Enrouement depuis deux mois. Otalgie droite. A maigri de 25 kilo depuis 1939.

Antécédents personnels. — Fumeur de pipe.

Examen. — Denture en très mauvais état.

Larynx. — Tuméfaction de tout l'hémilarynx droit, rouge, bourgeonnant. Corde immobile. Le sinus piriforme semble envahi. Pas d'adénopathie.

B.-W et B. K. négatifs.

Trachéotomie le 11 janvier 1943.

Biopsie. — Papillome en dégénérescence malpighienne (Nadal).

Radio après lipiodol. — Hémilarynx droit tuméfié. Comblement du sinus piriforme.

Laryngectomie le 1er février 1943 (Prof. Portmann). — Envahissement du sinus piriforme. Suites normales.

Plastique (25 mars). — Radio du thorax. Montre une dilatation aortique. Poumons, voile du sommet. Dilatation du tronc brachio-céphalique droit.

Comme le malade se plaint de dysphagie, on fait une œsophagoscopie, qui montre une prolifération de poils au niveau de la bouche de l'œsophage.

Revu. Guérison.

Observation XLVIII.

M... (J.), 50 ans.

19 juillet 1943 : Enrouement depuis un an. Otalgie spontanée gauche.

S. P. — Le larynx paraît étalé. La crépitation est conservée.

Larynx. — Corde vocale gauche immobile. Bourgeonnement sous-glottique gauche.

Biopsie. — Epithélioma baso-cellulaire paraissant développé sur des phénomènes hyperplasiques antérieurs (Prof. de Grailly).

Trachéotomie le 26 juillet 1943. — Suites excellentes. Série de Néococcyl.

Laryngectomie totale le 9 août 1943 (Prof. Portmann). — Tumeur occupant l'hémilarynx gauche et débordant en avant vers la commissure antérieure. Le périchondre interne et le cartilage sont envahis, mais le périchondre externe est indemne. Suites excellentes.

Plastique (11 octobre 1943).

Guéri. Travaille.

Observation XLIX.

G... (P.), 60 ans.

25 juillet 1943 : Dysphonie progressive depuis trois mois.

Antécédents personnels.— Pneumonie en 1942. Actuellement bien portant.

Larynx. — Aryténoïdes rouges. Hémilarynx gauche envahi par une tuméfaction rouge qui déborde le sinus piriforme, où elle présente une ulcération.

Poumons. — Respiration rude dans les deux champs.

Trachéotomie le 30 août 1943. — Quelques poussées de température pendant dix jours.

Biopsie. — Epithélioma pavimenteux de type intermédiaire, nombreuses monstruosités nucléaires (Dr De Lachaud).

Radio du larynx. — Opacité de type tumoral s'étendant à toute la région laryngée postérieure le long de la grande corne du cartilage thyroïde et se continuant sur la région prévertébrale. La lumière endolaryngée au-dessous du ventricule est peu perméable même au valsalva.

Lipiodol. — Le sinus piriforme droit s'injecte; le gauche est augmenté à son orifice supérieur et déformé vers le haut. Sa lumière laryngée est déviée dans toute sa hauteur vers la droite.

Laryngectomie totale (Prof. Portmann), le 16 septembre 1943. — Squelette laryngé étalé en largeur; à gauche, les muscles sont envahis, la tumeur a infiltré les cartilages; à gauche, on trouve la partie supérieure du corps thyroïde qui semble infiltrée. La tumeur s'étend sur 2 centimètres au pharynx et plonge dans la région trachéale. Il faut enlever une partie importante de la paroi pharyngée gauche.

En résumé, tumeur considérable qui a fait basculer le cartilage thyroïde vers la droite, qui prend naissance dans le sinus piriforme, a envahi le cartilage et est apparue dans la région endolaryngée.

Suites. — A partir du deuxième jour, apparition d'une tuméfaction S.-A. M. et parotidienne bilatérale très douloureuse. Cette

tuméfaction s'est résorbée en huit jours. Apparition de sphacèle important le sixième jour.

26 septembre : Le sphacèle diminue et disparaît.

Plastique (29 novembre 1943).

28 janvier 1944 : Récidive sur place.

Biopsie. — Epithélioma malpighien tubulé avec cinèses normales et anormales évoluant vers le type à cellules énormes, œdémateuses, claires, centrées par de petits noyaux. Récidive incontestable (Dubreuil).

Envoyé au Centre anticancéreux, revient le 25 avril 1944.

Adénopathie S.-A. M. droite importante, dure, adhérente aux plans profonds. Cachexie rapide.

Décès le 6 juillet 1944.

Observation L.

S. M... (R.), 44 ans.

Octobre 1943 : Enroué depuis un an; actuellement, aphone; dysphagie pour le pain. Enrouement pour les solides. Otalgie. Quelques crachats sanguinolents. Amaigrissement notable; asthénie.

Larynx. — Hémilarynx gauche englobé par une masse peu bourgeonnante et immobile qui déborde un peu vers la commissure antérieure et l'aryténoïde droite. Pas de ganglion.

Biopsie. — Epithélioma spino-cellulaire (Dr De Lachaud).

B.-W. et B.-K. négatifs.

Radio pulmonaire. — Léger voile des plèvres dans les régions apicales.

Trachéotomie le 11 octobre 1943.

Suites : Quelques petites poussées de température. Série de Néococcyl.

Radio du larynx. — Volumineuse tumeur occupant le larynx sur toute sa hauteur. Vaste ulcération de l'épiglotte, qui est infiltrée à la base. Périchondrite.

Lipiodol. — S'infiltre mal; image de la masse endo-laryngée s'étendant au sinus piriforme.

Laryngectomie totale le 25 octobre 1943 (Prof. Portmann).

Suites excellentes. Très peu de sphacèles.

Plastique (16 décembre 1943). — Double lambeau.

4 février 1944 : Abcès.

En mars 1944, une adénopathie néoplasique apparaît. Envoyé au Centre Bergonié.

Le 25 avril 1944, l'adénopathie a augmenté et elle est fistulisée.

Décès en mai 1944.

Observation LI.

B... (A.), 50 ans.

14 décembre 1943 : Depuis huit ans, le malade présentait une dysphonie d'un degré variable. Actuellement dyspnée laryngée.

Antécédents personnels. — Pleurésie purulente en 1915. Congestion pulmonaire en 1931 et 1941.

Examen. — Dysphonie; légère dyspnée.

Larynx. — Aryténoïde gauche immobile; bande ventriculaire augmentée de volume. La corde vocale gauche est invisible. Il existe une fistule au niveau de l'aile thyroïdienne gauche.

Radio. — Il paraît exister des lésions importantes du cartilage thyroïdien; sur les profils, les lésions s'étendent à la partie médiane du cartilage et intéressent le bord supérieur. Epiglotte libre; cavité endo-laryngée très peu détruite; ne s'éclaire que difficilement (Dr Mathey-Cornat).

Trachéotomie le 23 décembre 1943. — Sphacèle assez important. Température à 37°5-38° pendant trente jours. Mauvais état général.

Biopsie (Dr Daure). — Epithélioma malpighien mixte.

Laryngectomie totale le 27 février 1944 (Prof. Portmann). — Médaillon autour de la fistule. Lésions depuis la base de l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques jusqu'à la région sous-glottique englobant ainsi la bande ventriculaire et la corde. Elles s'étendent au larynx depuis l'angle rentrant du cartilage thyroïde jusqu'à l'aryténoïde gauche, ne débordant pas le larynx.

Suites. — Peu de sphacèle; se lève le quatrième jour.

Plastique (24 avril 1944). — Va très bien.

Observation LII.

C... (A.), 48 ans.

Entre à l'hôpital du Tondu le 3 février 1944. Depuis deux mois, gêne respiratoire et dysphonie.

Antécédents personnels. — Pas d'affection pulmonaire.

Antécédents héréditaires. — Rien à signaler.

Examen. — Malade asthénié. Léger amaigrissement.

Larynx. — Volumineux bourgeon de l'hémilarynx, qui est immobile. Pas de ganglion.

Poumon. — Rudesse respiratoire de la base gauche.

Radio. — Rien à signaler. Scoliose de degré moyen à convexité droite (Dr Mathey-Cornat).

B.-W. et B. K. négatifs.

Biopsie. — Epithélioma malpighien spino-cellulaire (Dr De Lachaud).

Trachéotomie le 7 février 1944. — Température entre 37° et 38° pendant sept jours.

Radio du larynx. — Opacité endo-laryngée assez étendue vers la région postérieure, masquant la visibilité du sinus, avec altération probable du cartilage. La lumière laryngée est peu distincte. Pas de lésion du côté de l'épiglotte (Dr Mathey-Cornat).

Laryngectomie totale le 6 mars 1944 (Prof. Portmann). — La tumeur est limitée à l'hémilarynx gauche.

Suites. — Normales. Néococcyl suivant la méthode ordinaire

Plastique (4 mai 1944). — Elle ne tient pas. Il faut deux autres plastiques.

Exéat en octobre 1944.

Observation LIII.

G... (E.), 56 ans.

13 mars 1944.

Janvier 1942 : Il y a deux ans dysphonie. Une consultation chez le Docteur Monglaud montre une petite tumeur piriforme sur la corde vocale gauche.

Décembre 1943 : Otalgie gauche.

Actuellement : Aphonie; dysphagie pour les liquides et les solides depuis trois mois, mais ces jours-ci cet état s'est un peu amélioré. Dans la nuit du mardi gras 1944, dyspnée, sensation d'étouffement.

Examen. — Aphonie; dysphagie; dyspnée à l'effort.

Larynx. — Sur la bande ventriculaire gauche, infiltration arrondie, lisse, rouge, allant jusqu'à la corde vocale correspondante et présentant l'aspect d'un néoplasme. Pas d'adénopathie.

B.-W. +++. B. K. négatif. Urée, 0 g. 30.

M. le Professeur Joulia conseille du Néocardyl.

1er avril : Dans la soirée, crise de suffocations intenses; état général altéré.

14 avril 1944 : Trachéotomie d'urgence.

Reprise de Néocardyl, 1/2 ampoule.

Laryngoscopie. — Grosse infiltration des bandes ventriculaires, surtout à gauche.

Biopsie (3 mai 1944). — Epithélioma spino-cellulaire.

5 mai : Mauvais état général.

Radio. — Tuméfaction endolaryngée s'étendant sur la région du ventricule et à peu près sur toute la hauteur du larynx jusqu'au bord inférieur du thyroïde. Pas de lésion de la base de l'épiglotte. L'espace clair endolaryngé paraît peu altéré.

Lipiodol. — Nette asymétrie des S. P. injectés, le sinus droit paraissant déplacé vers le haut, le gauche vers le bas, avec une amputation à la partie antérieure.

Poumons. — Hyperclarté, symphyse pleuro-diaphragmatique gauche légère. Processus fibro-scléreux parahilaire.

Laryngectomie totale le 5 mai 1944 (Prof. Portmann). — Envahissement du bloc cartilagineux. A gauche, grosse masse; on tombe sur quelque chose de très dur et adhérent, sans résistance (ganglion ou corps thyrodïen?). On sectionne un fragment; l'ensemble du corps thyroïde est nécrosé. Il faut passer en dehors et on sectionne en bas en plein corps thyroïde. On enlève le ganglion (ou corps thyroïde).

Suites. — Excellentes. Température à 39°8 deux jours. *Auscultation :* matité de la base gauche.

Sulfamides. Se lève le septième jour.

Peu de sphacèle. Déméchages normaux.

Biopsie de sécurité. — Négative.

20 juin 1944 : La plaie a très bon aspect.

22 juin : Egalement la plaie a très bon aspect.

Plastique. — Affrontement direct. Reste une brèche un peu moins large.

31 août : Plastique à double lambeau; elle se ferme.

Exéat.

Observation LIV.

P... (F.), 44 ans.

26 avril 1944 : Dysphagie; odynphagie depuis un mois. Enroué depuis trois semaines.

Antécédents personnels. — Rien à signaler.

Antécédents collatéraux. — Trois enfants morts en bas âge.

Antécédents héréditaires. — Père opéré il y a quatorze ans de laryngectomie.

Larynx. — Epiglotte bourgeonnante et ulcérée. La tuméfaction s'étend à droite jusqu'aux aryténoïdes. Le tout est pâle.

Signes physiques. — Bon état général. Végétations laryngées difformes.

Poumons. — Rien à signaler.

Biopsie. — Baso-cellulaire. Sans stroma-réaction.

Radio. — Le lipiodol dessine les parois de l'épiglotte hypertrophiée, laissant un faible espace libre avec la paroi pharyngée postérieure. L'espace endolaryngé est libre et l'on constate une légère asymétrie de la base du sinus piriforme. Le cœur est légèrement hypertrophié à gauche.

Radio standard. — Sur le profil droit, plus particulièrement, on trouve une épiglotte épaissie dans toute sa hauteur avec une ulcération postérieure s'étendant vers le vestibule laryngé.

En valsalva, l'épiglotte se mobilise et la paroi postérieure du larynx se déplace normalement (Dr Mathey-Cornat).

B.-W. et B. K. négatifs.

Trachéotomie le 15 mai 1944 (Dr Daure). — Adéno-bilatérale.

Laryngectomie totale le 1er juin 1944 (Prof. Portmann). — Ablation d'un ganglion; il n'y a pas de néoplasme.

Suites. — Bonnes. Température à 37°-38° pendant quatre jours. Sphacèle assez important. Sulfamides.

1er juillet : La plaie se cicatrise; augmente de poids.

Plastique le 3 août 1944 (Dr Daure). — Double lambeau. Tient très bien. Bourgeonnement des plaies. Papillome simple (De Lachaud).

5 décembre 1944 : Même chose (Dr Léger).

Exéat. Guéri.

	AGE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE	DATE OPERATION	ADENOPATHIE	LOCALISATION	RESULTATS OPERATIONS IMMÉDIATES	RESULTATS EN FIN 1944
I	65	Epithélioma spino-cellulaires.	6 avril 1933.	0	Périchondrite néoplasique.	Excellent.	Guéri.
II	32	Spino-cellulaire.	20 octobre 1935.	0	Périchondrite.	Excellent.	Guérie.
III	49	Spino-cellulaire ébauche de globes cornés	25 juillet 1935.	0	Bande ventriculaire droite et commissure antérieure.	Excellent.	Guéri.
IV	58	Epithélioma malpighien complètement différencie	6 janvier 1936.	0	Deux bandes ventriculaires base épiglotte, sous glotte.	Bons. Légère suffocation.	Juin 1937 : métastase ganglionnaire. R. X. Décès février 1938
V	57	Epithélioma complètement différencié.	8 juin 1936.	0	Paroi latérale droite. Commissure antérieure épiglotte.	Bon.	Guéri. Bronchopneumonie en 1942.
VI	70	Spino-cellulaire globes épidémiques.	20 août 1936.	0	Corde vocale gauche, aryténoïde, sous glotte.	Excellent.	Guéri.
VII	57	Spino-cellulaire.	18 janvier 1937.	0	Corde vocale droite, commissure antérieure.	Très bon.	Guéri.
VIII	50	Pavimenteux malpighien.	23 août 1937.	Ggl.	Cordes vocales aryténoïdes, sous glotte.	Très bon.	Décédé d'ictère.
IX	45	Spino-cellulaire, ébauche de globes cornés.	28 octobre 1937.	0	Corde vocale droite, bande ventriculaire région sous-glottique.	Excellent.	Métastase ganglionnaire. Décès juin 1938.
X	45	Globes épidermiques.	13 septembre 1937.	0	Epiglotte, commissure antérieure.	Très bon.	Guéri.
XI	43	Pavimenteux, tendance malpighienne.	2 août 1937.	0	Pharynx, base larynx, œsophage sur 3 cm.	Excellent.	Métastase ganglionnaire bilatérale. Décès.
XII	53	Spino-cellulaire.	11 octobre 1937.	0	Deux parois du larynx. Epiglotte.	Bon.	Métastase ganglionnaire. R. X. Décès.
XIII	58	Spino-cellulaire.	13 octobre 1937.	0	Corde vocale et aryténoïde droit, paroi pharyngée, orifice de l'œsophage.	Très bon.	Guéri.
XIV	50	Epithélioma.	5 août 1937.	Ggl.	Aryténoïde gauche, repli aryépiglottique, épiglotte.	Bon.	Métastase. Décès. Curiethérapie.
XV	47	Epithélioma globes cornés.	24 juin 1937.	Ggl.	Aryténoïde droit et repli aryépiglottique, envahissement de hypopharynx à droite.	Bon.	Métastase. R. X. Décès septembre 1938.
XVI	68	Baso-cellulaire.	12 juillet 1937.	0	Aryténoïde, repli aryépiglottes, bande ventriculaire gauche.	Excellent	Guéri.
XVII	56	Epithélioma atypique.	18 mars 1937.	0	Aryténoïde, bande ventriculaire gauche.	Excellent	Guéri.
XVIII	58	Epithélioma spino-cellulaire.	19 avril 1937.	0	Hémilarynx droit.	Excellent.	Décédé, affection pulmonaire, chez lui, après un an et demi.
XIX	45	Malpighien incomplètement différencié.	9 décembre 1937.	Bilatéral	Aryténoïde-corde vocale jusqu'au tiers post.	Complication pulmonaire au 30e jour.	Décès.
XX	46	Spino-cellulaire. Globes cornés.	16 avril 1937.	0	Epiglotte. Bande ventriculaire s. p. droite.	Bons.	Récidive sur place. R. X. Décès.
XXI	57	Epithélioma pavimenteux.	3 mai 1937.	0	Hémilarynx gauche, épiglotte base langue.		Guéri.
XXII	63	Epithélioma à disposition papillomateuse.	2 juin 1938.	0	Bande ventriculaire, commissure postérieure, tuméfaction	Bon.	Guéri.

XXV	58	Pavimenteux malpighien.	13 juillet 1939.	Ggl.	Bande ventriculaire, corde vocale gauche.	Excellent.	Curage gyl. R. X. Décès août 1940.
XXVI	44	Baso-cellulaire	11 septembre 1939.	0	Epiglotte, repli aryépig. D[t]	Très bon.	Guéri.
XXVII	34	Pavimenteux malpighien.	13 novembre 1939.	0	Aryténoïde droit, repli aryépiglottiques, sinus bande ventriculaire.	Excellent.	Guéri.
XXVIII	58	Globes cornés.	18 décembre 1939.	0	Larynx total, trachée, périchondrite.	Bon.	Décès par récidive en décembre 1940. R. X.
XXIX	54	Spino-cellulaire.	18 décembre 1939.	Ggl.	Hémilarynx gauche, périchondrite.	Bon.	Récidive. Décès 18 mars 1941.
XXX	49	Pavimenteux atypique.	5 février 1940.	0	Epiglotte, hémilarynx droit.	Excellent.	Récidive. R. X. Décès octobre 1940.
XXXI	62	Spino-cellulaire.	1[er] avril 1940.	0	Hémilarynx droit.	Excellent.	Accident, 1944. Décès.
XXXII	56	Spino-cellulaire.	20 mai 1940.	0	Hémilarynx droit, commissure antérieure, périchondrite.	Excellent.	Guéri.
XXXIII	46	Baso-cellulaire.	12 août 1940.	0	Commissure antérieure, bande aryténoïde gauche.	Bon.	Récidive. R. X. Décès 1942.
XXXIV	51	Baso-cellulaire.	24 octobre 1940.	0	Aryténoïde, bande ventriculaire droite, épiglotte	Excellent.	Guéri.
XXXV	48	Baso-cellulaire.	6 février 1940.	0	Commissure antérieure, épiglotte.	Bon.	Ictus décembre 1942. Décès.
XXXVI	67	Spino-cellulaire, leucoplasie.	13 février 1941.	0	Périchondrite hémilarynx droit.	Très bon.	Métastase injecté. Décès.
XXXVII	55	Epithélioma atypique.	24 février 1941.	0	Sillon bande ventriculaire droite et gauche, pharynx laryngé.	Excellent.	Guéri.
XXXVIII	64	Spino-cellulaire.	24 mars 1941.	0	Bande vocale corde, immobilité.	Excellent.	Guéri.
XXXIX	42	Spino-cellulaire.	17 juillet 1941.	0	Epiglotte, corde vocale, bande ventriculaire droite.	Bon.	Récidive sillon glosso-épiglottique. R. X. Décès septembre 1943.
XL	53	Spino-cellulaire.	21 septembre 1941.	0	Périchondrite, bande ventriculaire gauche épiglotte.	Excellent.	Guéri.
XLI	42	Malpighien.	17 novembre 1941.	Ggl.	Bande ventriculaire corde, aryténoïde droit.	Bon.	Métastase. Décès avril 1942.
XLII	56	Pavimenteux.	1[er] juin 1942.	0	Hémilarynx droit, sinus piriforme.	Excellent.	Guéri.
XLIII	43	Epithélioma pavimenteux.	8 juin 1942.	0	Hémilarynx gauche, sinus piriforme, épiglotte	Excellent.	Guéri.
XLIV	58	Globes cornés.	20 juillet 1942.	0	Epiglotte débordant des deux côté.	Bon.	Décès 1942, cause inconnue
XLV	38	Globes cornés.	30 juillet 1942.	0	Commissure antérieure bande ventriculaire.	Excellent.	Guéri.
XLVI	39	Epithélioma malpighien.	22 octobre 1942.	0	Hémilarynx droit, trachée.	Excellent.	Guéri.
XLVII	65	Epithélioma.	1[er] février 1943.	0	Hémilarynx droit, sinus piriforme.	Excellent.	Guéri.
XLVIII	50	Spino-cellulaire.	9 août 1943.	0	Hémilarynx gauche.	Excellent.	Guéri.
XLIX	60	Spino-cellulaire.	16 septembre 1943	0	Hémilarynx gauche, sinus piriforme, périchondrite.	Excellent.	Récidive. R. X. Décès 6 juin 1944.
L	44	Spino-cellulaire.	25 octobre 1943.	0	Hémilarynx gauche.	Excellent.	Métastase ganglionnaire. R. X. avril 1944. Décès.
LI	50	Malpighien mixte.	27 février 1944.	0	Hémilarynx gauche périchondrite.	Bon.	Guéri.
LII	48	Spino-cellulaire.	6 mars 1944.	0	Hémilarynx gauche	Excellent.	Guéri.
LIII	44	Baso-cellulaire.	1[er] juin 1944.	0	Epiglotte hémilarynx droit.	Excellent.	Guéri.
LIV	56	Spino-cellulaire.	5 mai 1944.	0	Hémilarynx.	Excellent état	Guéri.

CHAPITRE VI

Voici donc 54 observations d'épithéliomas laryngés qui ont subi une laryngectomie totale suivant le procédé de sécurité en trois temps.

A la lumière du tableau, nous allons essayer de faire quelques considérations.

Résultats opératoires.

Tous nos opérés sont restés indemnes des complications pulmonaires, qui sont tellement redoutées avec les autres procédés.

Nous devons mettre une petite note au sujet de l'observation XIX. Elle porte la mention : « Décédé, au 30e jour, de complications pulmonaires. » Il s'agissait d'un malade de 46 ans, de caractère très difficile. Opéré le 9 décembre 1937, il se leva le deuxième jour, comme tous nos laryngectomisés. En quelques jours, tous sphacèles avaient disparu et le malade était considéré comme guéri au point de vue opératoire. En janvier, alors qu'il faisait très froid, il voulut sortir dans la cour de l'hôpital, et, le soir, sa courbe de température accusait 40°. Il fit une broncho-pneumonie aiguë indépendante de l'intervention et décéda. Il s'agit d'une affection pulmonaire intercurrente sur un trachéotomisé, qui n'a rien à voir avec la complication pulmonaire postéopératoire des laryngectomisés.

Nous inscrivons donc au tableau un résultat de guérisons postopératoires de 100 %.

Ce chiffre est une révolution dans l'histoire des laryngectomies totales. Cette intervention est, en effet, grevée de 5

à 20 % de mortalités. Ces chiffres ont été donnés au Congrès de 1937, et depuis aucune statistique, en dehors de celle de notre maître, M. le Professeur Portmann, n'a informé leur valeur.

Mais il nous faut entrer dans le détail pour donner toute leur valeur à ces résultats.

Les traités de technique opératoire de laryngologie décrivent en détail toutes les mesures dont les chirurgiens doivent entourer un opéré après l'intervention : chambre climatisée, pansements fréquents, aspirations, toniques généraux, chimiothérapie ou vaccinothérapie, joints à une préparation préopératoire minutieuse. Le tout demande un matériel et un personnel spécialisé. Rien de tout cela n'a dû être mis en jeu pour nos laryngectomisés.

Ils peuvent être hospitalisés dans la chambre d'hôpital courante, ils ne demandent aucun déploiement de soins particuliers; autrement dit, la méthode peut être appliquée dans n'importe quelle clinique.

Nous ne voulons pas dire par là qu'il faille rejeter tous les procédés décrits en fait de précaution pré ou postopératoire. Nous voulons simplement montrer la valeur d'une méthode qui réussit avec moins de mise en jeu de matériel et permet de traiter en même temps un plus grand nombre de cancers. Nous voulons surtout montrer la différence de pourcentage : *D'une part, malgré toutes les précautions, 5 à 20 % de mortalités. D'autre part, 100 % de guérisons.*

Tous nos opérés se sont levés du deuxième au cinquième jour.

La question de l'état pulmonaire avant l'opération.

Les techniques autres que celle du procédé en trois temps insistent sur la question de l'état pulmonaire du malade. Elles n'aiment pas intervenir chez un sujet dont l'état du parenchyme est douteux.

Il n'en est pas de même avec notre procédé.

Plusieurs de nos malades avaient un passé pulmonaire chargé.

Prenons, par exemple, le cas de l'observation XL : Ce malade avait eu un abcès froid costal, tuberculeux dans l'enfance. En 1936, il avait fait une pleurésie purulente, pour laquelle on avait dû pratiquer une résection costale. Tous les hivers, il toussait et avait une bronchite chronique. La radiographie pulmonaire avait décelé « des sommets gris et une transparence très diminuée des plages pulmonaires ». Malgré l'état de moindre résistance pulmonaire, il a été opéré. Aucune complication n'est survenue.

L'un de nos malades avait présenté une gangrène pulmonaire cinq ans auparavant et toussait tous les hivers.

Celui de l'observation XLV avait une pneumoconiose. Il toussait et crachait abondamment. La trachéotomie avait été suivie pendant huit jours de température de 38° avec expectoration très abondante et sanguinolente. Il avait fallu faire en plus des sulfamides une médication intraveineuse d'alcool glucosé.

La laryngectomie avait eu, par contre, des suites banales : le malade s'est levé rapidement malgré un syndrome hypocondriaque avec revendication. Guéri de la laryngectomie, il a fait l'année d'après un abcès froid thoracique.

Le malade de l'observation XLVI avait eu une tuberculose fibreuse.

Celui de l'observation LI avait présenté une température entre 37°5 et 38°, pendant trente jours, après la trachéotomie. Son état général était franchement mauvais, il présentait une fistule de périchondrite. Les suites de la laryngectomie ont été excellentes et il s'est levé le quatrième jour.

Ces quelques exemples illustrent la valeur du procédé : la fragilité pulmonaire n'est pas une contre-indication. Nous verrons à ce sujet que la trachéotomie est plus dangereuse que la laryngectomie.

Rapports de la laryngectomie totale avec les autres interventions.

Elle était auparavant la plus meurtrière des interventions laryngées.

Qu'en est-il actuellement ?

Les observations démontrent un point : la courbe de température qui suit la laryngectomie est comparable à celle qui suit la trachéotomie.

Bien mieux, le plus souvent, après la mise en place de la canule, le malade a une réaction bronchitique due à la moindre résistance d'un terrain préparé par une gêne respiratoire et l'infection néoplasique. Le poumon fait à ce moment-là « sa réaction opératoire ». Par la suite, l'ablation du larynx n'apporte pas de réaction, puisque l'élément mécanique n'est pas modifié et que la pharyngostomie dérive les sécrétions.

Laryngectomies et thyrotomies.

Plusieurs de nos malades ont d'abord subi une résection sous-périchondrale. Il est intéressant de noter la différence de réactions aux deux interventions.

Voici, par exemple, le cas XLVI :

Après la thyrotomie, température entre 37°5 et 38° pendant huit jours malgré la sulfamidothérapie; réaction pulmonaire marquée (type congestion). Après la laryngectomie, lever quarante-huit heures après; pas de température.

Nous avons examiné les observations de thyrotomies réunies dans le service. L'examen des suites opératoires nous a montré qu'elles sont plus importantes que celles des laryngectomies totales.

Il en est de même des autres interventions laryngées.

En résumé, nous pouvons dire que la réaction postopératoire a été inversée. Il est moins dangereux pour le malade de subir une laryngectomie totale que de subir une intervention laryngée autre.

Nous n'avons pas noté de complications d'hémorragies, consécutives le plus souvent au sphacèle de la plaie, nos opérés n'en ont pas présenté.

Capacités sociales de nos opérés.

Un fait nous avait frappé lorsque, au début de notre spécialisation, nous avions l'occasion d'examiner d'anciens opérés qui venaient nous faire constater leur état local et général, comme ils le font tous d'une façon régulière. Ces porteurs d'un orifice de trachéostomie se faisaient tous comprendre aisément. Ils venaient remercier notre maître, et, lorsque nous leur demandions leur état de santé, ils se montraient satisfaits. Tous ont, en effet, repris leurs occupations.

L'un d'eux est représentant de commerce. Plusieurs sont chauffeurs de camions. Malgré la difficulté des années de misère, malgré le tourment de nos vies, ces opérés travaillent et leur moral n'est pas diminué par leur mutilation. Ils savent la gravité de leur affection, et d'être saufs leur a donné, semble-t-il, plus de confiance dans la vie.

Ils arrivent, en effet, à récupérer une partie de la voix suivant le mécanisme de la voix pharyngée. La condition anatomique essentielle est la conservation des parois du pharynx, conservation qui est scrupuleusement observée dans le procédé : qu'il y ait pharyngostomie ou non, la paroi musculaire est là, intacte, prête à servir d'organe phonatoire. Après entraînement, tous nos opérés parlent.

Les localisations.

Sur nos 54 cas, la situation du cancer se répartissait de la façon suivante :

Périchondrites : 9 cas.
Hémilarynx : 9 cas.
Cancers propagés à la région sous-glottique : 4 cas.
Cancers propagés au pharynx : 10 cas.

Bande ventriculaire avec propagation au voisinage (corde, aryténoïde, commissure) : 7 cas.

Epiglotte avec propagation laryngée : 15 cas.

Tous ces néoplasmes étaient très étendus, la localisation a été confirmée par la clinique, la radiologie (Service central de radiologie des Hôpitaux Pellegrin-le Tondu; Dr Mathey-Cornat chef de service) et l'examen de la pièce opératoire.

CHAPITRE VIII

LES RESULTATS THERAPEUTIQUES

Afin d'avoir le maximum de sécurité scientifique, nous avons compris dans les échecs tous nos cas de décès. Il faut en effet, considérer comme récidive le cas de mort par maladie intercurrente, parce que nous devons écarter la possibilité qu'auraient eue ces cas de récidive s'ils avaient vécu. Cela diminue le pourcentage de guérison et augmente la sincérité objective.

Guérisons après cinq ans :

14 malades revus et indemnes de toute lésion locale ou métastatique sur 28 opérés.

Donc, 50 % *de guérisons.*

Guérisons allant de dix mois a dix ans :

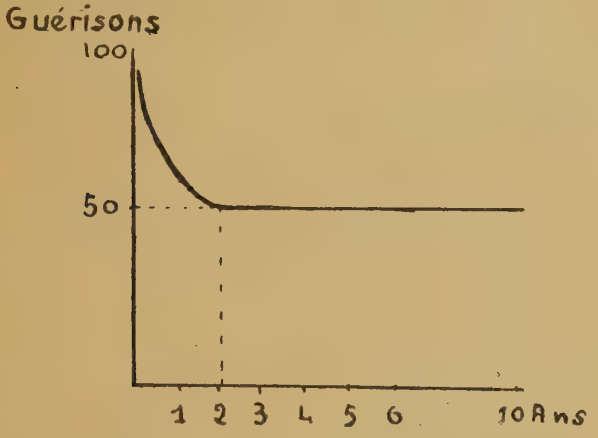
Sur 54 opérés, 28 sont vivants.

Donc, 51 % *de guérisons.*

Les deux pourcentages sont comparables. Pourquoi cela ?

Si nous regardons la date des décès, nous constatons que toutes nos récidives ou nos métastases sont survenues rapidement et ont emporté la malade dans un délai maximum de dix-huit mois après la laryngectomie.

Ce qui nous donne une courbe :



Après la deuxième année, la courbe est une droite.

Nous reviendrons tout à l'heure sur cette question.

D'APRÈS LA LOCALISATION :

Périchondrite : 5 guérisons sur 9, donc 55 %.

Hémilarynx : 3 guérisons sur 9, donc 33 %.

Sous-glotte : 2 guérisons sur 4, donc 50 %.

Pharynx : 6 guérisons sur 10, donc 60 %.

Bandes ventriculaires propagées : 5 guérisons sur 7, donc 71 %.

Epiglotte : 7 guérisons sur 15, donc 46 %.

Ces résultats nous montrent :

— que la chirurgie peut et doit être employée dans les néoplasmes étendus à la région pharyngée ou à la sous-glotte, contrairement à la thérapeutique par les radiations, qui refuse les cancers trop étendus;

— que, malgré la périchondrite, le pourcentage n'est pas abaissé;

— que les cancers de l'épiglotte et de la région sous-glottique ont une chance de guérison supérieure avec la chirurgie.

Ils ne sont guère de plus mauvais cancers que les autres.

D'après l'âge :

Au-dessous de 50 ans : 27 cas, dont 13 guérisons, donc 49 %.

De 50 à 60 ans : 18 cas, dont 9 guérisons, donc 50 %.

Au-dessus de 60 ans : 9 cas, dont 5 guérisons, donc 55 %.

Que conclure ?

1° Que l'intervention n'est pas plus grave chez les sujets âgés (l'un avait 70 ans), malgré la menace de complications pulmonaires, redoutées dans toutes les parties de la médecine.

2° Que les formes étendues sont plus rares chez les malades ayant dépassé 60 ans, ce qui est en accord avec les travaux de notre maître. Il a attiré, en effet, l'attention sur cette forme bien spéciale des néoplasmes séniles, très malins du point de vue histologique mais d'évolution très lente.

CHAPITRE VIII

RESULTATS PAR LES RADIATIONS

Nous avons choisi, sur les indications du Docteur Mathey-Cornat, les plus récentes et les plus importantes statistiques. Il est d'ailleurs difficile de les rassembler parce que la littérature comporte (comme pour les laryngectomies totales) beaucoup de cas isolés, mais très peu d'études d'ensemble.

Le Docteur Coutard réunit 149 cas, qui ont donné 27 % de guérisons au-delà de cinq ans.

Schinz et Zuppinger donnent comme résultats par les radiations :

Après 5 ans : 26 %;
Après 3 ans : 37 %.

Gunsett a 47 cas de guérisons, dont 9 % au-delà de 5 ans. Le plus récent de ces travaux, est celui du Professeur Mustakalio, de l'Institut central de radiothérapie de Finlande.

En février 1944, il donna le résultat des traitements du cancer du larynx depuis la fondation de l'Institut. Il a :

24 % de guérisons après 5 ans;
31 % de guérisons après 3 ans;
47 % de guérisons après 1 an.

Avant d'aller plus loin, nous soulignons le fait suivant : ces résultats comprennent *tous* les cancers du larynx, donc des cancers qui auraient pu être traités par des interventions limitées (tels ceux de la corde vocale, dont le résultat est excellent quelle que soit la méthode).

Ils ne comportent pas de cancers avec envahissement du cartilage, puisque cette lésion est une contre-indication.

Par contre, ils comptent des néoplasmes avec métastase ganglionnaire (à l'opposé de nos cas chirurgicaux).

Nos malades, qu'il a fallu faire irradier après intervention pour récidive locale ou métastase ganglionnaire, ont tous décédé. Malgré les rayons X, la lésion a progressé, si minime fût-elle au départ.

CHAPITRE IX

COMPARAISONS

Les pourcentages, considérés de façon globale, sont nettement en faveur de la chirurgie. Répétons qu'ils le seraient davantage si l'on retranchait du résultat les cancers de la corde irradiés.

Nous soulevons alors la question de la localisation.

Eliminons les cancers de la corde vocale, qui ne font pas partie des laryngectomies totales.

Les cancers sous-glottiques ne sont pas de bons cancers pour le radiothérapeute. Ils sont découverts tardivement, l'envahissement est étendu, le plus souvent ulcéreux, et souvent accompagnés de périchondrite.

« La radiothérapie est vouée à un échec presque certain », conclut le Docteur **Hautant.**

Pour les cancers sous-glottiques, la question est discutée.

Les docteurs Valat et Coutard donnent leur préférence aux radiations, parce qu'il s'agit de néoplasmes bourgeonnants et composés de cellules indifférenciées.

Notre maître, nous l'avons vu en parcourant les observations, a confié au couteau ces localisations.

Sur 22 cas, il a obtenu 12 guérisons, donc 55 % de guérisons.

Ce chiffre est supérieur aux résultats obtenus par les radiations.

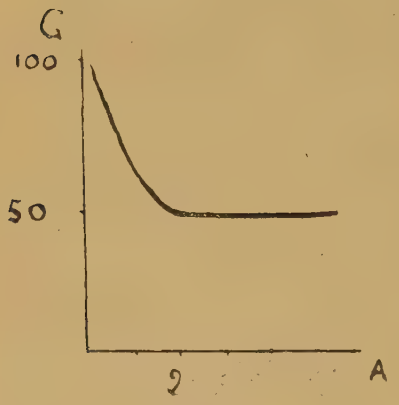
Rappelons, en effet, pour l'expliquer, que, dans une publication récente sur « la forme histologique des cancers laryngés », le Professeur Portmann et le Docteur Moure, en 1942,

ont démontré que les épithéliomas spino-cellulaires sont plus fréquents au niveau de l'épiglotte et de la région sus-glottique que les épithéliomas indifférenciés (75 %).

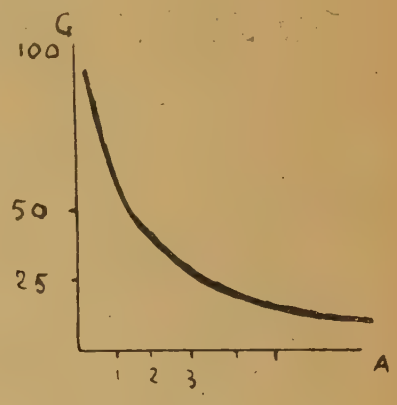
Mais l'étude de ces statistiques nous donne des résultats infiniment plus intéressants que la constatation brutale.

En effet, tandis que, sur nos 54 malades, *il n'y a pas de récidive après deux ans*, les publications des radiothérapeutes nous montrent que le nombre des survivants diminue graduellement avec les années.

Traçons sur deux courbes ces résultats.



Chirurgie.



Radiations.

Quelle explication peut-on donner ?

C'est que les cas qui récidivent, malgré le traitement chirurgical, avant deux ans sont vraisemblablement des malades chez lesquels il restait des éléments néoplasiques, soit localisés dans les tissus, soit en colonies en sommeil dans les lymphatiques.

Ceci nous permet de rappeler les travaux de M. le Professeur Portmann, sur l'origine pluricentrale du cancer opposée à la théorie unicentrale; rappelons qu'il avait publié ce travail à l'occasion d'une intervention pour un cancer laryngé

unilatéral au cours de laquelle il trouva un autre noyau néoplasique dans le ventricule du côté opposé sans qu'il y eût communication entre les deux cancers.

Il est possible que certains de nos malades aient des cellules développées loin du cancer primitif, ce qui a prorogé la récidive. En tout cas, aucune récidive n'était apparue dans les deux ans. Passé ce délai, le malade a toujours été guéri. Pourquoi ? Parce que *la chirurgie fait une exérèse totale du néoplasme.*

Par contre, comment expliquer la constatation de ces récidives, dont le nombre augmente avec les années après les traitements par les radiations ?

Nous pouvons nous demander si, contrairement à la croyance actuelle, les radiations détruisent bien les éléments néoplasiques, ou si elles n'apportent à certains qu'un *état de latence*, si ces cellules ne sont pas atténuées seulement dans leur virulence et leur capacité de reproduction.

Rappelons que des coupes microscopiques faites dans les tissus nécrosés par les rayons X ont montré l'existence, au sein même de la radionécrose, de cellules cancéreuses intactes.

Rappelons aussi qu'au sujet des cancers glosso-épiglottiques le Docteur Baclesse fait remarquer qu'aucun des malades porteurs de néoplasmes infiltrants et creusants d'emblée n'a guéri. Il semble que tout se passe comme si le cancer était nettoyé en surface, mais gardait sa vitalité (quoique atténuée) en profondeur.

Cette théorie tout hypothétique, nous en convenons, a cependant le grand avantage d'expliquer des faits qu'il serait difficile de comprendre autrement, et cela montrerait la faiblesse de la thérapeutique par les radiations et un argument de plus en faveur de la chirurgie.

Ajoutons que les épithéliomas du larynx sont en majorité spino-cellulaires, ce qui donne encore une raison de l'échec par les radiations.

En résumé :

Nous pouvons dire que, d'une part, le traitement des épithéliomas laryngés doit encore être un traitement chirurgical.

Dès que le cancer est étendu, il faut donner sa préférence à la laryngectomie totale suivant le procédé de sécurité en trois temps.

Les résultats sont encourageants. Suivant l'expression de notre maître : « La vie vaut bien un peu plus de peine pour le chirurgien et de patience pour l'opéré », ou, suivant la formule qu'emploie (en français) sir Saint-Clair Thompson : « Mieux vaut goujat debout qu'empereur enterré. »

CONCLUSIONS

I. — Notre travail comporte l'étude statistique de 54 cas d'épithéliomas laryngés traités par laryngectomie totale suivant le procédé de *sécurité en trois temps* de M. le Docteur Portmann.

II. — En face des 8 à 20 % de mortalité postopératoire consécutive aux autres techniques, aucun de nos opérés n'est mort de complication opératoire après la laryngectomie totale par ce procédé.

III. — La gravité de cette intervention devient identique à celle de la trachéotomie et moindre que celle des autres interventions laryngées.

IV. — L'âge, la propagation, l'état pulmonaire, ne sont pas des contre-indications.

V. — Il n'y a pas de récidive après deux ans dans la thérapeutique chirurgicale, contrairement au nombre des récidives qui augmentent avec le temps dans les procédés d'irradiations.

VI. — Il semble que les radiations n'ont qu'un effet de stérilisation superficielle dans beaucoup de cas et qu'elles atténuent sans l'éliminer la reproduction des cellules néoplasiques.

VII. — Quelle que soit la localisation, le pourcentage des guérisons est plus élevé par la chirurgie que par les radiations. Ceci est en accord avec ce que nous apprend l'histologie, puisque ces épithéliomas sont du type radio-résistant.

VIII. — Nos opérés ont tous repris une vie normale.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins, à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes, et si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu : *Le Doyen*,
DUPÉRIÉ.

Vu, bon a imprimer :
Le Président,
BEAUVIEUX.

Vu et permis d'imprimer :
Bordeaux, le 23 avril 1945.
Le Recteur de l'Académie.
A. MARCHAUD.

BIBLIOGRAPHIE

Aubry. — Pharyngo-laryngostomie. Soc. de laryngol. de Paris, juin 1939.

Audibert. — Contribution à l'étude de la laryngectomie partielle ou totale. Thèse Bordeaux, 1908.

Albertin et Sargnon. — Laryngo-pharyngectomie. Soc. des sc. méd., *Lyon médical*, 1907.

Baclesse. — Diagnostic radiologique des tumeurs malignes du larynx et du pharynx. Masson, 1938.

Barajas (J.-M.) et De Vilches. — Un cas d'extirpation totale du larynx avec un lambeau unique. *Ibera*, janv. 1929.

Belot, Huet et Bertrand (P.). — Les tumeurs du sinus piriforme. *Journ. de radiol.*, janv.-févr. 1941.

Bérard et Sargnon. — Contribution à la pharyngo-laryngectomie. *Presse médicale*, oct. 1913.

Bérard, Sargnon et Bessière. — Contribution à l'étude de la laryngectomie, historique, indications techniques et résultat. *Arch. internat. laryngo-oto-rhino de Chauveau*, Paris, 1914.

Botey. — Notre technique actuelle de laryngectomie totale. *Rev. de laryngol.*, 1922.

Broustet. — Les complications pulmonaires dans la chirurgie pharyngo-laryngée. *Rev. O.-R.-L.*, 1938.

Buzoianu. — Technique de laryngectomie totale à la clinique O.-R.-L. de Clij. *Technique chirurgicale*, mai 1936.

Canuyt. — Maladies du larynx. Masson, 1939.

Castets. — La laryngectomie totale. Thèse Bordeaux, 1910.

Coutard. — Cancer du larynx; résultats après cinq et dix ans. *Journ. de radiol.*, sept. 1937.

COUTARD et VALLAT. — Cancer de la bande de la cavité ventriculaire. *Annales O.-R.-L.*,.1928.

DUCUING. — Indications et technique de la laryngectomie totale suivant la méthode de Tapia. Soc. de chir. de Toulouse, mai 1931.

— Indications et technique de la laryngectomie totale suivant la méthode de Tapia. *Revue O.-R.-L.*, 1933.

DUCUING et RIGAUD. — Laryngectomie totale. Présentation d'un malade. Soc. de chir. de Toulouse, juin 1931.

ESCAT et CAVE. — A propos de 5 cas de laryngectomie totale. Soc. de laryngol. du S.-O., déc. 1938.

GAUTROT. — De la trachéotomie transversale dans la laryngectomie totale. Thèse Lyon, 1938.

GUNSETT et SICHEL. — Résultats de la radiothérapie profonde dans le cancer du larynx. Montpellier, 1922.

HAMBLEN-THOMAS. — Traitement du cancer du larynx et du pharynx par les radiations. *Journ. de radiol.*, 1939.

HAUTANT. — Laryngectomie totale, simplification de la technique. *Ann. O.-R.-L.*, 1934.

— Les progrès réalisés depuis vingt-cinq ans dans le traitement des cancers du larynx. *Annales O.-R.-L.*, 1943.

HAUTANT, AUBRY et BOURGEOIS. — Compte rendu Soc. O.-R.-L. Paris, 15 nov. 1937.

HAUTANT, AUBRY, OMBRÉDANNE et BOURGEOIS. — Présentation de malades opérés de laryngectomie totale. Soc. laryngol. hôp. Paris, 20 juin 1938.

HALS NASEN-O. AERZTE. — Sur le traitement de la fistule pharyngée consécutive aux laryngectomies totales. Leipzig, 1937.

HEYNINX. — Hémilaryngectomie et laryngectomie totale. *Bruxelles médical*, avril 1933.

HUET et ESCAT. — La laryngectomie totale par le procédé de Gluck-Tapia. *Presse médicale*, mai 1935.

HUET et PERI. — Exploration radiologique des tumeurs du pharynx et de l'hypo-pharynx. *Soc. franç. O.-R.-L.*, 1938.

JACQUES. — Extirpation totale du larynx par le procédé de Périer modifié. *Rev. méd. de l'Est*, 1911.

JACOD. — Modification de technique dans la laryngectomie totale *Lyon médical*, 1922.

KRAMER. — Traitement du cancer laryngé. *The laryngoscope Saint-Louis*, 1938.

LACLAU-LACROUTS. — Considérations sur les indications et la technique de la laryngectomie totale. Thèse Bordeaux, 1938.

LE BEC. — Laryngectomie totale en deux temps. *Paris chir.*, 1940.

LEMAITRE. — Cancer intrinsèque du larynx et rayons X. *Ann.*, 1944.

LEROUX-ROBERT. — Formes anatomo-cliniques et indications thérapeutiques des épithéliomas intralaryngés. *Ann. O.-R.-L.* nov. 1937.

LIÉBAULT. — Gastrostomie avant la laryngectomie totale. *Ann. O.-R.-L.*, 1943.

MILHADE. — Des autoplasties aérophagiennes consécutives à l'ablation du larynx. Thèse Bordeaux, 1922.

MIODONSKI, SPITZER et WADON. — Traitement des cancers du larynx. *Rev. O.-R.-L.*, 1939.

MOULONGUET et GARCHE. — Rééducation de la voix chez les laryngectomisés. Soc. laryngol., Paris, mars 1943.

MOULONGUET. — A propos de la laryngectomie totale. *Ann. O.-R.-L.*, 1938.

MOURE. — Traitement du cancer du larynx. *Rev. O.-R.-L.*, 1922.

— Résultats éloignés de la laryngectomie. *Bull. Acad. de méd.*, Paris, 1931.

MOURE et PORTMANN. — Lambeau trapézoïdal. *Presse médicale*, 1922.

— De la laryngectomie totale. *Rev. O.-R.-L.*, 1921.

MUSTAKALIO. — Etude des résultats obtenus dans le traitement du cancer du larynx et de l'hypopharynx à l'Institut central de radiothérapie d'Helsinki. *Acta radiologico*, Stockolm, févr. 1944.

PLANDE. — La laryngectomie totale par le procédé de Moure et Portmann. *Rev. O.-R.-L.*, 1922.

PORTMANN. — A propos d'un procédé nouveau de laryngectomie totale. Soc. méd. et chir., Bordeaux, 1921-1922.

— Réflexions à propos du traitement du cancer du larynx. *Rev. O.-R.-L.*, 1930.

— La laryngectomie totale en trois temps. Procédé de sécurité. Ses résultats. *Bull. Acad. méd.*, 16 mars 1943.

PORTMANN et DESPONS. — Des indications et des résultats du traitement chirurgical du cancer. *Rev. O.-R.-L.*, 1935.

— Une nouvelle technique de laryngectomie totale. *Rev. O.-R.-L.*, 1937.

PORTMANN et MOURE (J.-P.). — La sulfamidothérapie dans les laryngectomies totales. *Rev. O.-R.-L.*, 1941.

— Formes histologiques du cancer du larynx. *Rev.*, 1942.

SAINT-CLAIR THOMPSON. — Cancer of larynx, 1930.

SALOMON. — Un point particulier dans la laryngectomie totale. *Ann. O.-R.-L.*, nov. 1935.

SERGER. — Considérations sur les différentes techniques de la laryngectomie. *Rev. O.-R.-L.*, 1928.

TERRACOL. — Laryngectomie totale; présentation de pièces. Soc. sc. méd. Montpellier, juin 1935.

— Epithélioma spino-cellulaire de la C. V. G. traité par tyrocordectomie. Epithélioma de l'hémilarynx droit onze ans après laryngectomie totale. *Ann.*, 1944.

TRUFFERT. — Considérations sur l'abord chirurgical du cancer du laryngo-pharynx. *Paris médical*, 1941.

VOGEL. — Radiumthérapie dans les cancers du larynx. *Ann.*, 1935.

WALLON. — Néoplasme du larynx, cancer et curiéthérapie. Soc. laryngol., Paris, 1942.

ZINN. — Laryngectomie totale en un temps. *Ann. of. otologie Saint-Louis*, juin 1938.

ZUBERBIER. — Sur le traitement du cancer du larynx. *Rev. O.-R.-L.*, 1938.

Bordeaux, n° 1758. — Dépôt légal effectué en 1945 (2e trimestre).

23417. — Imprimeries Delmas, Bordeaux. 31.0192. — 1945.